

Aus dem Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie der  
Universität des Saarlandes, Homburg/ Saar

Direktor: Prof. Dr. med. Michael Rösler

**Alkoholprobleme bei Straftätern mit und ohne  
Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung**

**Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät**

der UNIVERSITÄT DES SAARLANDES

2010

vorgelegt von: Daniel Hohmann

geboren am 21.03.1984 in Schwabmünchen

<b>Inhaltsverzeichnis</b>	<b>Seite</b>
1. <i>Zusammenfassung</i>	4
2. <i>Einleitung</i>	8
2.1 ADHS	8
2.2 ADHS und Delinquenz	11
2.3 Alkoholintoxikation	12
2.4 Typologie des Alkoholrausches	13
2.5 Schädlicher Gebrauch von Alkohol	14
2.6 Abhängigkeitssyndrom nach ICD 10	14
2.7 Ziele der Arbeit	15
3. <i>Methodik</i>	16
3.1 Beschreibung der Stichprobe	16
3.2 Diagnostische Verfahren	17
3.2.1 Wender-Utah-Ratingskala ( WURS ) und deutsche Kurzform WURS-k	17
3.2.2 ADHS Selbstbeurteilungsskala ( ADHS - SB )	18
3.2.3 Forensisch - psychiatrische Ratingskala ( FORA ) zur Erfassung der akuten Alkoholintoxikation	19
3.3 Statistische Analyse	20
4. <i>Ergebnisse</i>	21
5. <i>Diskussion</i>	33
6. <i>Literaturverzeichnis</i>	39
7. <i>Anhang</i>	46
7.1 Deutsche Kurzform der WURS ( WURS-k )	46

7.2	ADHS - SB	48
7.3	FORA	50
7.4	Liste der Straftaten	53
8.	<i>Danksagung</i>	58

## 1. Zusammenfassung

Die ADHS zählt mit einer Prävalenz von 3,5% auch im Erwachsenenalter zu den häufigen psychischen Störungen. Eine Vergesellschaftung der ADHS mit Substanzmissbrauch und kriminellem Verhalten konnte in zahlreichen Studien nachgewiesen werden. Daher ist dieses Störungsmuster insbesondere bei der Begutachtung von Straftätern in der forensischen Psychiatrie von hohem Interesse. Hierbei vor allem der Zusammenhang zwischen Straftätern mit ADHS und Alkohol.

Für die vorliegende Arbeit wurden insgesamt 168 Gutachten aller der im Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie in Homburg/Saar untersuchten Probanden, bei denen Alkohol als konstellative Komponente zur Straftat eine Rolle gespielt hat und bei denen zur Erfassung einer kindlichen ADHS die deutsche Kurzform der Wender-Utah-Ratingskala ( WURS-k ), zur Erfassung einer adulten ADHS der ADHS Selbstbeurteilungsbogen zur Anwendung kam, untersucht. Hiervon erfüllten 55 die Kriterien einer kindlichen ADHS.

Bei insgesamt 137 der 168 Probanden kam zusätzlich der ADHS Selbstbeurteilungsbogen zum Einsatz. Hiervon erfüllten 17 die Kriterien einer persistierenden ADHS.

Um Unterschiede zwischen den Straftätern mit ADHS und ohne ADHS zu eruieren, kam die Forensisch-psychiatrische Ratingskala ( FORA ) zur Erfassung der akuten Alkoholintoxikation zum Einsatz. Ziel der Arbeit war es, mit Hilfe der FORA Unterschiede in den Aspekten Tat, Persönlichkeit des Täters und Intoxikationssymptome durch Alkohol zwischen Probanden mit und ohne ADHS zu eruieren.

Die von den Probanden verübten Straftaten umfassten ein weites Spektrum zum Beispiel Körperverletzungen ( auch mit Todesfolge ), Diebstähle, Verkehrsdelikte, Beleidigungen, Sexualdelikte, Mord.

Im Vergleich zu gesunden Straftätern konnte gezeigt werden, dass Straftäter mit kindlicher ADHS signifikant häufiger augenblicksbezogene Taten begingen. Dieser Unterschied wurde beim Vergleich der Straftäter mit persistierender ADHS zu denen ohne

ADHS besonders deutlich. Erwartungsgemäß konnte bei Probanden mit ADHS eine signifikant höhere Rate an Mehrfachsubstanzgebrauch und Persönlichkeitsstörungen festgestellt werden. Der Intelligenzquotient war bei Probanden mit ADHS, insbesondere bei persistierender ADHS signifikant häufiger unterdurchschnittlich. Vorstrafen fanden sich bei Straftätern mit kindlicher ADHS signifikant häufiger, Vorstrafen wegen Gewaltdelinquenz vor allem bei persistierender ADHS.

Eine durch häufigen Alkoholkonsum bedingte Alkoholtoleranz konnte bei gesunden Straftätern signifikant häufiger gefunden werden. Ein durch Alkoholkonsum bedingter Führerscheinentzug wider Erwarten signifikant häufiger bei Straftätern ohne ADHS.

Diese Ergebnisse unterstreichen, dass der ADHS bei der forensischen-psychiatrischen Begutachtung von Straftätern, bei denen zum Tatzeitpunkt eine Alkoholintoxikation bestand, auch unter dem Aspekt einer möglichen Rezidivdelinquenz eine besondere Bedeutung zugemessen werden muss.

Um die Wirkung des Alkohol auf erwachsene Straftätern mit ADHS bei der Ausübung der Tat besser verstehen zu können, sollten weitere Untersuchungen folgen.

## Summary

### **“ Alcohol problems of delinquents with and without ADHD “**

With a prevalence of 3,5 %, ADHD is a frequent psychiatric disorder among adults. The disorder is often associated with substance abuse and delinquency. That is why the ADHD is an important disorder in surveying delinquents in forensic psychiatry, especially the correlation of delinquents with ADHD and alcohol.

168 surveys that were made in the institute of forensic psychology and psychiatry in Homburg / Saar, were used. All of the delinquents in those surveys committed criminal acts under the influence of alcohol and were examined with the german shortform of the Wender-Utah-Rating-Scale in order to find out ADHD symptoms in childhood.

55 of 168 probands fulfilled the criteria of ADHD in childhood.

137 of 168 delinquents were also examined with the ADHD self-rating behaviour questionnaire in order to find out an ADHD, that has continued on to adulthood. 17 of 137 met the criteria of persistent ADHD.

In order to find out differences between delinquents with and without ADHD the German “Forensic-psychiatric ratingscale of alcohol intoxication“ ( FORA ) was used.

The intention of this paper was to find out differences in criminal acts, personality of the criminals and symptoms of alcohol intoxication between delinquents with and without ADHD by using the FORA.

The criminal acts committed by the delinquents included assaults, thefts, verbal slanders, traffic offences, sex offences, but also grievous bodily harm resulting in death and murder.

In comparison to delinquents without ADHD those with ADHD in childhood and especially those with persistent ADHD in adulthood showed significantly more often criminal acts that were committed in the blink of an eye. According to expectations, probands with ADHD had a significantly higher rate of multiple substance abuse and personality

disorders. The intelligence was significantly more often below average in delinquents with ADHD, especially with persistent ADHD. Previous convictions were significantly more often detected in probands with ADHD, previous convictions because of violence significantly more often in those with persistent ADHD. Delinquents without ADHD showed a significantly higher rate of increased alcohol tolerance. There were significantly more probands without ADHD that were banned from driving after driving under the influence of alcohol.

These results emphasize the importance of ADHD in forensic-psychiatric surveying of delinquents, that were under the influence of alcohol during the criminal act, especially in terms of relapse into delinquency.

In order to find out more about the effect of alcohol to delinquents with ADHD more studies are necessary.

## 2. Einleitung

### 2.1 Aufmerksamkeitsdefizit / Hyperaktivitätsstörung ( ADHS )

Die ADHS ist die häufigste psychiatrische Erkrankung bei Kindern ( Wolraich et al. 2005 ). Die Prävalenz beträgt je nach Autor 3-12% ( Spencer et al. 2007; Biederman et al. 2005; Wender 1995 ). Metaanalysen gehen von einer weltweiten Prävalenz von 5,29% aus ( Polanczyk et al. 2007 ). Bei Jungen findet man die ADHS etwa 2-3 mal häufiger als bei Mädchen ( Wender 1996 ). Störung der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität bilden die Kernsymptomatik des Krankheitsbildes ( DSM-IV + ICD 10 ). Weitere, häufig vorkommende Symptome sind eine geringe Frustrationstoleranz, Tagträumerei, Planlosigkeit und häufiger Wechsel gerade erst begonnener Tätigkeiten ( Spencer et al. 2007 ). Während man früher annahm, die Störung sei auf das Kindes- und Jugendalter beschränkt, belegen zahlreiche Studien heute, dass in der Mehrzahl der Fälle, mindestens in 50%, das Vollbild oder auch nur einzelne Symptome bis in das Erwachsenenalter fortauern und persistieren ( Spencer et al. 2007; Wender et al. 2001; Biederman und Faraone 2005; Pliszka 2000; Sobanski 2004 ), sodass von einer chronischen, lebenslangen Störung gesprochen werden kann ( Sobanski et al. 2008 ). In einer Studie, an der 486 Belgier teilnahmen, konnte die Prävalenz der ADHS in der erwachsenen belgischen Bevölkerung auf 4,1 % geschätzt werden ( De Ridder et al. 2008 ). Von einer eher guten Prognose kann nur dann gesprochen werden, wenn in der Kindheit neben der ADHS keine weiteren psychiatrischen Diagnosen, insbesondere Verhaltensstörungen oder Lernstörungen gestellt werden müssen ( Pliszka 2000 ). Während Hyperaktivität und Impulsivität mit zunehmenden Alter eher rückläufig sind oder sich weniger deutlich bemerkbar machen ( Krause und Krause 2005 ), bleiben Störungen der Aufmerksamkeit erhalten ( Hart et al. 1995 ). Schwierigkeiten im sozialen Leben, vor allem in den Bereichen Schule/Studium, Beruf und Partnerschaft, ( Barkley 2002; Heiligenstein 1999; Murphy et al. 1996; Hansen et al. 1999 ), sowie zusätzliche Psychopathologien wie Desorganisiertheit und emotionale Dysregulation ( Wender 1995 ) in der Adoleszenz bzw. Erwachsenenalter bei Persistenz der Erkrankung sind häufig. Eine multifaktorielle, sowohl genetisch als auch nichtgenetisch bedingte Genese



ist nach derzeitigem Kenntnisstand anzunehmen. Die Vererbbarkeit wird mit 77 % beziffert ( Spencer et al. 2007 ). Die Regionen 16p13 und 17p11 scheinen mit einem gewissen Risiko für ADHS behaftet zu sein ( Odgie et al. 2003 ) ebenso die Gene DRD4, DRD5, DAT, 5-HTT, HTR1B, SNAP-25 ( Faraone et al. 2005 ). Rauchen und Alkoholkonsum während der Schwangerschaft und ein niedriges Geburtsgewicht werden als zusätzliche unabhängige Risikofaktoren angesehen ( Mick et al. 2002, Milberger et al. 1996 ). Auch Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt wie z.B. Sepsis und Eklampsie scheinen die Entstehung einer ADHS zu begünstigen ( Sprich-Buckmeister et al. 1993 ). Das Auftreten vor allem mehrerer ungünstiger psychosozialer Begebenheiten ( familiäre Konflikte, niedrige soziale Schicht, Aufwachsen in Großfamilien oder Heimen, kriminelles Verhalten des Vaters oder Geisteskrankheiten insbesondere der Mutter ) gemeinsam, spielen eine Rolle ( Rutter et al. 1975, Biederman et al. 1995 ).

Eine Dysfunktion bzw. Läsionen im dorsolateralen präfrontalen Kortex als Teil des Frontallappens des Großhirns, werden mit Störungen, die das Organisieren, das Planen sowie das Arbeitsgedächtnis und die Aufmerksamkeit betreffen, in Verbindung gesetzt, solche in orbital gelegenen Bereichen eher mit Impulskontrollstörungen und sozialer Disinhibition ( Seidman et al. 2005 ). Auch Dysfunktionen in subkortikalen Strukturen ( Nucleus Caudatus, Putamen und Globus Pallidus ) als Teil der zentralen Regulation von Motorik und exekutiver Funktionen sind wohl beteiligt ( Alexander et al. 1986 ). Neurophysiologisch gilt ein Ungleichgewicht im dopaminergen und noradrenergen System als Kernsymptomatik ( Pliszka 1998 ). Neuroanatomisch konnte bei ADHS Patienten aller Altersgruppen ein kleineres Gehirnvolumen festgestellt werden ( Castellanos et al. 2002 ), speziell im Bereich des rechten Frontallappens, des rechten parietalen Kortex, des Nucleus Caudatus, der Kleinhirnhemisphären und in den posterior-inferioren Läppchen des Kleinhirnwurms ( Curatolo et al. 2008 ). Größenunterschiede des Kleinhirns, welches über cerebello-kortikale Bahnen unter Einbeziehung der Pons und des Thalamus, maßgeblich an der kognitiven Funktion mitwirkt, sowie Größenunterschiede des Corpus Callosum, welches die Schnittstelle zwischen den beiden Großhirnhemisphären ist, können an der Entstehung der Defizite im Bereich motorischer Kontrolle, Hemmung und exekutiver Funktionen beitragen. ( Berquin et al. 1998, Spencer et al.

2007 ). ADHS birgt das Risiko zusätzlich zur eigentlichen Grunderkrankung in der Kindheit, Adoleszenz und Erwachsenenalter, verschiedene Komorbiditäten zu entwickeln, darunter affektive Erkrankungen, Angststörungen, Substanzmißbrauch bzw. -abhängigkeit, Störungen des Sozialverhaltens, Entwicklungsstörungen schulischer Leistungen, Borderline Persönlichkeitsstörungen und Tourette Syndrom ( Ohlmeier et al. 2008, Sobanski et al. 2008, Spencer et al. 2007, Pliszka 2000, Murphy et al. 1996, Biederman et al. 1991 ). Eine Persistenz von ADHS und antisozialer Persönlichkeitsstörung bis in das Erwachsenenalter führt zu einer erhöhten Anfälligkeit für Alkoholabusus und Alkoholabhängigkeit als Komorbidität ( Johann et al. 2004).

Mit den Diagnosekriterien der ICD 10 und des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM) psychischer Störungen ( Klassifikationssystem der American Psychiatric Association, DSM IV, 1994 ) stehen zwei Klassifikationssysteme zur Verfügung, die Diagnose einer ADHS im Kindesalter zustellen. Demnach ist die Diagnose ADHS dann zu stellen, wenn - situationsübergreifend - Störungen der Aufmerksamkeit, der Aktivität und der Impulsivität über einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten in einem nicht dem Entwicklungsstand des Kindes zu vereinbarendem Ausmaß vorhanden sind. Ist dies erfüllt, darf gemäß der ICD-10 eine F90.0 "Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung" diagnostiziert werden. Bei zusätzlichen Störungen des Sozialverhaltens eine F90.1 "Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens".

Hingegen unterscheidet das DSM IV je nach Ausprägung drei Typen:

- 1) ADHS vom Mischtyp ( Aufmerksamkeitstörung, Hyperaktivität und Impulsivität in etwa gleicher Ausprägung )
- 2) ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Typ
- 3) ADHS vom vorwiegend hyperaktiv-impulsiven Typ

Frauen aller Altersgruppe leiden häufiger am vorwiegend unaufmerksamen Typ und haben seltener zusätzliche emotionale Probleme und auch ihr Verhalten ist weniger auffällig. Bei Jugendlichen mit ADHS vom vorwiegend unaufmerksamen Typ oder Mischtyp werden im Vergleich zum vorwiegend hyperaktiv/impulsiven Typus häufiger Schwierigkeiten bei der Erziehung und in der Schule beschrieben. Von allen drei Typen ist der Mischtyp, der häufigste und auch derjenige, der eher mit weiteren Komorbiditäten einhergeht ( Spencer et al. 2007 ).

Die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter erfordert, dass nicht nur zum jetzigen Zeitpunkt, sondern auch in der Kindheit, die Diagnosekriterien erfüllt sind und waren. Für die Diagnosestellung einer ADHS im Erwachsenenalter sind jedoch weder die ICD-10, noch die DSM-IV Kriterien uneingeschränkt geeignet. Für Erwachsene eignen sich die Wender-Utah-Kriterien nach Wender von 1995. Demnach werden für eine sichere Diagnose sowohl Aufmerksamkeitsstörungen als auch Hyperaktivität vorausgesetzt. Zusätzlich müssen zwei oder mehr der folgenden Symptome vorhanden sein: Affektlabilität, desorganisiertes Verhalten, mangelhafte Affektkontrolle, Impulsivität und emotionale Überreagibilität.

Wird die Diagnose ADHS gestellt, sollte das Kind eine multimodale Therapie erhalten, die neben einer optimalen Aufklärung und Beratung der Eltern und Lehrer, einer kognitiven Verhaltenstherapie, auch eine adäquate medikamentöse Therapie beinhalten sollte. Das Pharmakon erster Wahl stellt das Stimulanz Methylphenidat dar, welches die sicherste und am besten in seiner Wirkung dokumentierte Substanz seiner Art ist ( Barkley et al. 1998 ).

Auch bei Erwachsenen konnte die Wirksamkeit von Stimulanzien bestätigt werden ( Adam et al. 1999, Wender 1998 ), zusätzlich kann im Erwachsenenalter eine Verhaltenstherapie sinnvoll sein.

## 2.2 ADHS und Delinquenz

Antisoziales Verhalten und antisoziale Persönlichkeitsstörungen - beides mit höherer Delinquenz vergesellschaftet - sind bei Erwachsenen mit ADHS häufiger zu finden ( Barkley et al. 1990, Klein und Mannuzza 1991, Rasmussen und Gilberg 2000 ). Bereits 1982 berichteten Satterfield et al. von einer höheren Rate einzelner oder mehrerer schwerer Straftaten bei Jungen mit Aufmerksamkeitsdefizitstörung. ADHS trägt einen wichtigen Teil zur Entstehung und Persistenz juveniler Delinquenz bei ( Forehand et al. 1991 ). Bei Jungen mit ADHS, die schon während der Kindheit bzw. Adoleszenz delinquent geworden sind oder bei denen frühzeitig Verhaltensstörungen aufgetreten sind,

ist eine Entstehung bzw. Persistenz kriminellen Verhaltens, über das Erwachsenenalter hinaus, vorhersagbar ( Moffitt 1990, Satterfield et al. 2007 ) und eher zu erwarten, als bei Kindern, die nur Verhaltensstörungen aufweisen. Dabei spielt vorrangig die hyperaktiv-impulsive Komponente der Störung eine Rolle (Babinski et al. 1999 ). Selbst wenn keine Verhaltensstörung im Kindesalter vorlag, erhöht die ADHS das Risiko für antisoziale Persönlichkeitsstörungen und Substanzabusus bzw. Substanzabhängigkeit. Beides begünstigt wiederum kriminelles Verhalten ( Mannuzza et al. 2008 ). Harty et al. 2008 stellten fest, dass Erwachsene, bei denen in der Kindheit sowohl ADHS als auch Verhaltensstörungen diagnostiziert wurde, nun über gesteigerte Aggressivität, infolge Wut bei emotionaler Dysregulation berichten. Bei den Straftaten geht es u.a. um Diebstähle, Schlägereien, illegalen Waffen- und Drogenbesitz ( Barkley et al. 2004 ), aber auch Verkehrssünden insbesondere Geschwindigkeitsüberschreitungen und riskantes Fahrverhalten werden berichtet ( Murphy et al. 1996 ). Dementsprechend häufig sind Verhaftungen und Verurteilungen bei Adulten mit ADHS. Die Prävalenz Inhaftierter mit ADHS ist vergleichsweise signifikant erhöht ( Rösler et al. 2004 ).

## 2.3 Alkoholintoxikation

Akute Alkoholintoxikation gemäß den Forschungskriterien der ICD-10 :

A. Die allgemeinen Kriterien für eine akute Intoxikation sind erfüllt :

- 1 ) Deutlicher Nachweis der Aufnahme einer oder mehrerer Substanzen in einer für die vorliegende Intoxikation ausreichenden Dosis
- 2 ) Symptome oder Anzeichen für eine Intoxikation
- 3 ) Die Symptome und Anzeichen sind nicht erklärbar durch eine vom Substanzgebrauch unabhängige körperliche Krankheit oder psychische Störung

B. Funktionsgestörtes Verhalten, deutlich an mindestens einem der folgenden Merkmale :

Enthemmung, Streitbarkeit, Aggressivität, Affektlabilität, Aufmerksamkeitsstörung, Einschränkung der Urteilsfähigkeit und Beeinträchtigung der persönlichen

## Leistungsfähigkeit

### C. Mindestens eines der folgenden Anzeichen :

Gangunsicherheit, Standunsicherheit, verwaschene Sprache, Nystagmus, Bewusstseinsstörung, Gesichtsröte, konjunktivale Injektion

## 2.4 Typologie des Alkoholrausches

### Einfacher, komplexer und "pathologischer Rausch"

Die Unterscheidung in einen einfachen, komplexen und pathologischen Rausch ist vor allem bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung von Relevanz. Beim einfachen Rausch kann von uneingeschränkter Schuldfähigkeit ausgegangen werden, beim komplexen Rausch von einer Verminderung der Schuldfähigkeit, unter Umständen auch eine Schuldunfähigkeit, die bei einem pathologischen Rausch anzunehmen ist.

Der einfache Rausch stellt eine geringe Beeinträchtigung dar, die durch gesteigerten Antrieb, gesteigertes Selbstvertrauen, verminderte Empfänglichkeit für Außenreize, Euphorie oder Dysphorie mit Gereiztheit und Streitsucht, Logorrhoe, Überheblichkeit und Kritischschwäche charakterisiert sein kann.

Beim komplexen Rausch treten die oben genannten Symptome in einer quantitativ stärkeren Ausprägung auf. Aus Kritischschwäche resultiert eine Kritiklosigkeit, aus Rededrang eine Ideenflucht oder aus Antriebssteigerung ein Erregungszustand.

Zusätzlich können Denk-, Affekt- und Bewusstseinsstörungen zum Vorschein kommen, sowie Störungen der Artikulation und der Koordination.

Der "pathologische Rausch" ist ein sehr seltenes Zustandsbild von kurzer Dauer, das unabhängig von der zugeführten Menge an Alkohol bereits bei niedrigen Blutalkoholkonzentrationen auftreten kann. Charakteristisch ist ein abrupter Beginn, ein Erregungs- oder Dämmerzustand, Wut und Aggression. Auch produktiv psychotische Symptome können auftreten. Dieser Zustand hält in der Regel nicht länger als 15 Minuten an und endet mit einem Terminalschlaf. Für den Zeitraum besteht eine Amnesie.

( Rösler, Blocher 1996 )

## 2.5 Schädlicher Gebrauch von Alkohol nach ICD 10

Ein zur Gesundheitsschädigung führender Konsum von Alkohol wird als schädlicher Gebrauch bezeichnet. Die Schädigung kann körperlicher oder psychischer Natur sein. Die Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms sind nicht erfüllt.

## 2.6 Alkoholabhängigkeitssyndrom nach ICD 10

Mindestens drei der folgenden Kriterien müssen mindestens seit 12 Monaten bestehen:

- 1 ) Psychische Abhängigkeit: Wunsch oder Zwang zum Konsum von Alkohol
- 2 ) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Ende und Menge des Konsums
- 3 ) Toleranzentwicklung
- 4 ) Vernachlässigung anderer Aktivitäten und Verpflichtungen
- 5 ) Anhaltender Konsum trotz Nachweis von Folgeschäden ( psychisch, sozial, physisch )
- 6 ) Körperliches Entzugssyndrom

## 2.7. Ziel der Arbeit

Mit einer Prävalenz von 3-12% ist die ADHS eine häufige chronisch psychiatrische Erkrankung im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter. Bei mindestens der Hälfte aller Betroffenen persistieren ein oder mehrere Symptome, Komorbiditäten können hinzu kommen. Antisoziales Verhalten und Delinquenz sind überrepräsentiert, genau wie die Anfälligkeit für Substanzmißbräuche oder -abhängigkeiten, darunter auch Alkohol. Daraus ergibt sich die Fragestellung, in wieweit sich in den Bereichen Tat, Persönlichkeit des Täters und Intoxikations Symptome durch Alkohol, als konstellative Komponente bei der Straftat, Unterschiede, bei Straftätern mit und ohne ADHS ergeben. Erkenntnisse hierzu können für die Begutachtung und demzufolge auch für die Verurteilung von alkoholisierten Straftätern mit ADHS von Belange sein.

### 3. Methodik

#### 3.1.1 Beschreibung der Stichprobe

Für die Arbeit wurden 168 Gutachten zu Straftaten aus dem Archiv des "Institutes für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie" der Universität des Saarlandes herausgesucht. Einschlusskriterien waren zum Einen, Alkohol als konstellative Komponente der Straftat und zum Anderen, die stattgehabte Durchführung der Wender-Utah-Rating-Skala ( WURS ) bzw. der deutschen, überarbeiteten Kurzform WURS-k bei allen Straftätern. Es handelte sich um 154 männliche und 14 weibliche Straftäter.

Um die Gesamtscores von WURS und WURS-k vergleichen zu können, wurden die der WURS bereits vor Beginn der Arbeit umgerechnet. Bei 113 dieser Probanden zeigte sich ein WURS-k Gesamtscore  $< 30$ , bei 55 ein Gesamtscore  $> 29$ , darunter zwei weibliche Probandinnen. Bei 137 der 168 Probanden wurde zusätzlich der ADHS Selbstbeurteilungsbogen ausgefüllt. 92 Probanden wiesen einen WURS  $< 30$  auf und erfüllten nicht die Kriterien einer adulten ADHS. 28 Probanden zeigten einen WURS Gesamtscore  $> 29$ , aber erfüllten ebenfalls nicht die Kriterien einer adulten ADHS, darunter eine weibliche Probandin. Bei 17 Probanden zeigte sich ein Gesamtscore  $> 29$  und zusätzlich eine persistierende ADHS des Erwachsenenalters. Davon 11 mit einer ADHS vom kombinierten Typ nach DSM IV, drei mit einem vorwiegend unaufmerksamen und drei mit einem vorwiegend hyperaktiven Typ. Bei insgesamt drei der 168 Gutachten wurden drei begangene Straftaten in einem Gutachten zusammengefasst, bei weiteren 21 Gutachten jeweils zwei Straftaten.



## 3.2 Diagnostische Verfahren

Für die Diagnose ADHS im Erwachsenenalter müssen Störungen der Aufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität nicht nur im Kindesalter nachgewiesen werden, sondern auch eine Persistenz dieser bis ins Erwachsenenalter hinein. Zu diesem Zwecke wurde bei der zugrunde liegenden Stichprobe die Wender-Utah-Rating-Skala ( WURS ) bzw. die deutsche Kurzform davon, die WURS-k angewandt, um retrospektiv eine ADHS im Kindes -und Jugendalter zu eruieren. Bei 137 Probanden zusätzlich die seit einigen Jahren gebräuchliche ADHS Selbstbeurteilungsskala ( ADHS-SB ), um aktuelle Symptome einer adulten ADHS ausfindig zumachen.

### 3.2.1 Wender-Utah-Rating-Skala ( WURS ) und deutsche Kurzform WURS-k ( siehe Anhang )

Eine Hilfestellung für die retrospektive Diagnosestellung der ADHS im Kindesalter bei Erwachsenen, stellt die Wender-Utah-Rating-Skala dar, die 1993 von Ward, Wender und Reimherr entwickelt wurde. Diese Skala, mit welcher Erwachsene ihr Verhalten in der Kindheit beschreiben sollen, besteht aus 61 Fragen, von denen 25 mit den Symptomen einer ADHS vergesellschaftet sind. Jede Frage beginnt mit "Als Kind war ( hatte ) ich ... " und kann in fünf Ausprägungen beantwortet werden, wobei jeder Ausprägung ein Punktwert zugeordnet wird: gar nicht oder ein kleines bisschen zutreffend = 0; wenig zutreffend = 1; mäßig zutreffend = 2; ziemlich zutreffend = 3; sehr stark zutreffend = 4. Der Fragebogen wird von Probanden persönlich ausgefüllt und im Anschluss vom Untersucher ausgewertet. Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe der 25 ADHS assoziierten Fragen multipliziert mit dem Punktwert. Demnach ergibt sich eine minimale Gesamtpunktzahl von 0 , eine maximale von 100.

Bei einer Gesamtpunktzahl von 36 oder mehr wurden 96% der ADHS Patienten erfasst.

96 % der Normalpersonen liegen unterhalb dieses Cutoffwertes ( Ward et al. 1993 ). Die Reliabilität der WURS konnte 1995 von Stein et al. bestätigt werden. In den älteren Gutachten, die für diese Arbeit zur Verfügung standen, wurde diese Form der Wender-Utah-Rating Skala angewandt, in den neueren, zunehmend die deutsche Kurzform WURS-k, entwickelt von Retz-Junginger et al. 2002. Letztere umfasst nur noch 25 Fragen, von denen sich 21 auf ADHS spezifische Symptome in der Kindheit im Alter zwischen 8 und 10 beziehen, weitere vier Fragen verstehen sich als Kontrollfragen. Analog zur WURS werden auch bei der WURS-k die Fragen in einer Abstufung von "trifft nicht zu" bis "stark ausgeprägt" beantwortet. Bei einem Cutoffwert von 30 beträgt die Sensitivität 85%, die Spezifität 76% ( Retz-Junginger et al. 2003 ).

### 3.2.2 ADHS Selbstbeurteilungsskala ( ADHS -SB )

( siehe Anhang )

Bei der Selbstbeurteilungsskala nach Rösler et al. ( 2004 ) handelt es sich um eine Operationalisierung der diagnostischen Kriterien der DSM IV und der ICD-10. Hierfür wurden die insgesamt 18 diagnostischen Kriterien für die Diagnose einer ADHS im Kindesalter beider Systeme, derart modifiziert, dass sie im Erwachsenenalter eingesetzt werden können, wenn eine Diagnose in der Kindheit bereits gesichert ist und eine Persistenz untersucht werden soll. Der Fragebogen enthält, zusätzlich zu den 18 Diagnosekriterien, vier weitere Fragen, zwei zu dem situationsübergreifenden Charakter der Symptome und jeweils eine zur Kindheit und zum Leidensdruck der Erkrankung. Dem Ausmaß der Symptome wird durch eine vierstufige Skala von 0-3 ( trifft nicht zu = 0; leichte Ausprägung/kommt gelegentlich vor = 1; mittel ausgeprägt/kommt oft vor = 2; stark ausgeprägt/kommt nahezu immer vor = 3 ) Rechnung getragen. Da jedoch weder DSM IV noch ICD-10 derartiges vorsehen und damit ein Merkmal bereits als positiv betrachtet werden kann, wenn seine Ausprägung > 0 beträgt, dient diese Graduierung vor

allem der Verlaufskontrolle, zum Beispiel auch nach Einleitung von Therapiemaßnahmen. Andererseits kann im wissenschaftlichen Kontext u.U. eine höhere Schwelle von Nöten sein. Im Sinne der ICD-10 Forschungskriterien müssen 6 aus den Fragen 1-9 ( siehe Anhang ) positiv beantwortet werden, weitere 3 aus den Fragen 10-14 sowie eine aus 15-18. Im Sinne des DSM IV ebenfalls 6 aus den Fragen 1-9 sowie weitere 6 aus 10-18.

### 3.2.3 Forensisch-psychiatrische Ratingskala zur Erfassung der akuten Alkoholintoxikation ( FORA ) nach Rösler und Blocher 1998 ( siehe Anhang )

Aus forensisch-psychiatrischer Sichtweise ist die Erfassung psychopathologischer Symptome bei alkoholisierten Straftätern unumgänglich, da das Vorliegen und der Schweregrad einer Alkoholintoxikation nicht alleine aus der Blutalkoholkonzentration ( BAK ) ermittelt werden kann. Um die Schuldfähigkeit des Einzelnen zu überprüfen, müssen daher alle möglicherweise relevanten Charakteristika des Tatgeschehens und der Intoxikation erfasst werden. Dazu gehört nicht nur die Erfassung der BAK mitsamt körperlich-neurologischer Auffälligkeiten, sondern auch die Erfassung psychopathologischer Symptome, wie Störungen des Bewusstseins, der Orientierung, der Auffassung, des Gedächtnisses, des Antrieb, des Denkens und des Affektes. Ferner muss die Persönlichkeitsstruktur des Täters mit weiteren konstellativen Faktoren oder Begleiterkrankungen, insbesondere das Vorliegen einer Substanzabhängigkeit oder Gewöhnung erfragt werden und das eigentliche Tatgeschehen ( Tatvorbereitung, Tatumstände und Nachtatverhalten ) näher beleuchtet werden. Ein standardisiertes Instrument zur Erfassung der wichtigsten Merkmale und Symptome ist die “ Forensisch-psychiatrische Ratingskala zur Erfassung der akuten Alkoholintoxikation“ ( FORA ).

Die FORA ist gegliedert in die drei Hauptabschnitte : *1. Tat, 2. Persönlichkeit des Täters und 3. Intoxikationssymptome* ( weiteres siehe Anhang ).

### 3.3 Statistische Analyse

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mittels des Computerprogrammes SPSS für Windows.

Bei Häufigkeitsvergleichen kam der Chi-Quadrat Test zur Anwendung. Wurde die minimale erwartete Häufigkeit von fünf unterschritten, wurde zusätzlich der exakte Test nach Fischer durchgeführt.

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Dichotomisierung der Probanden in “ WURS-k < 30 “ und “ WURS-k > 29 “

0 = Item trifft nicht zu

1 = Item trifft zu

Abbildung 1: Augenblicksbezogene Tat in den beiden Untersuchungsgruppen

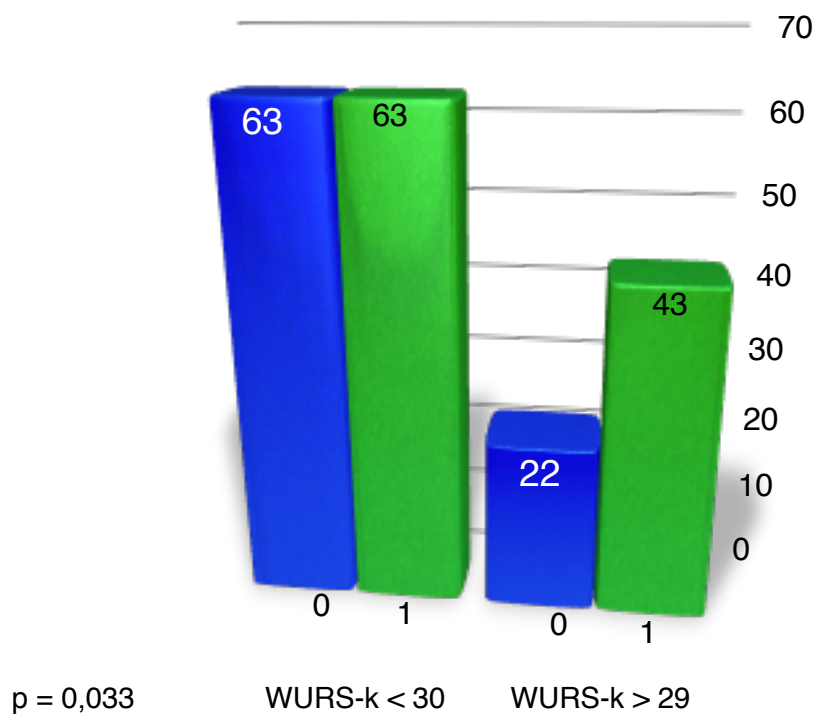


Abbildung 2: Alkoholtoleranz in den beiden Untersuchungsgruppen

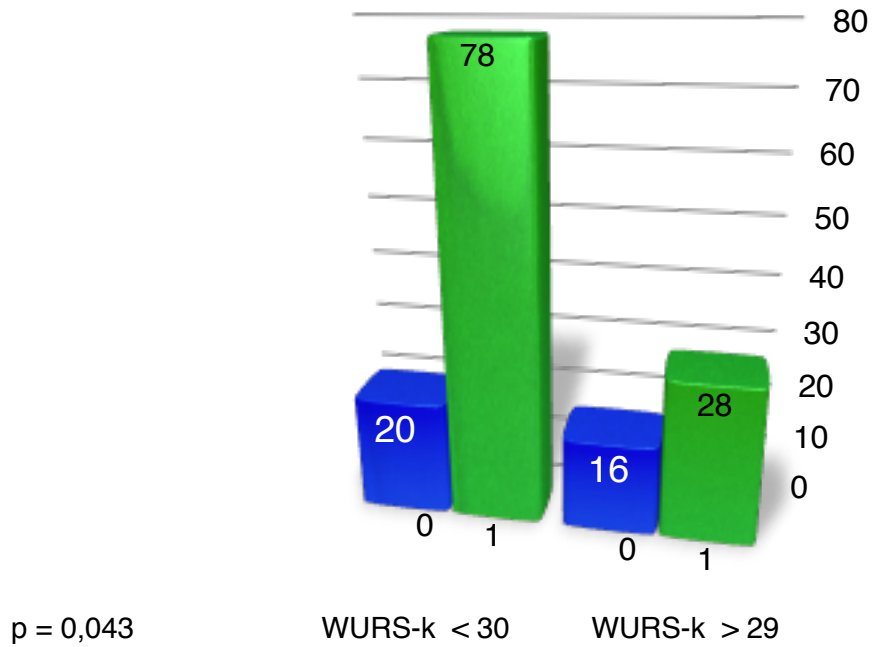


Abbildung 3: Führerscheinentzug in den beiden Untersuchungsgruppen

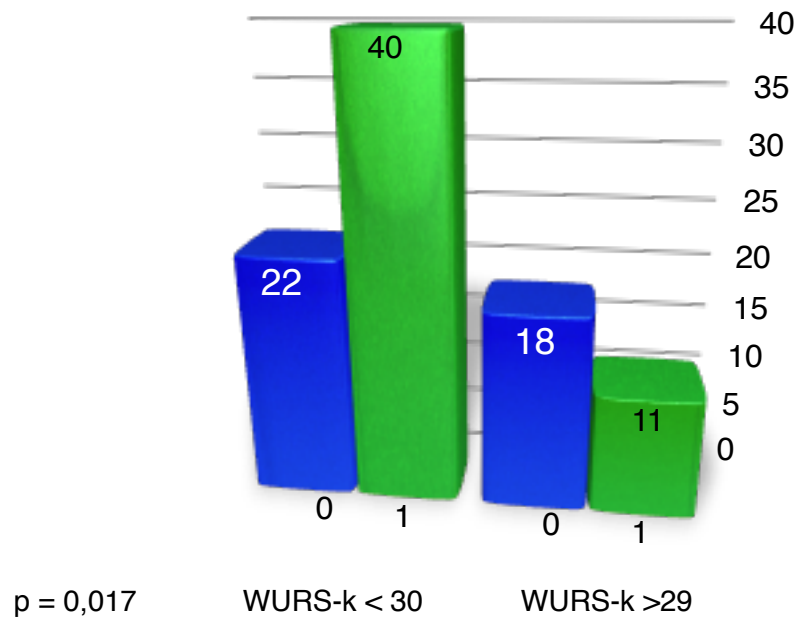


Abbildung 4: Mehrfachsubstanzgebrauch in den beiden Untersuchungsgruppen

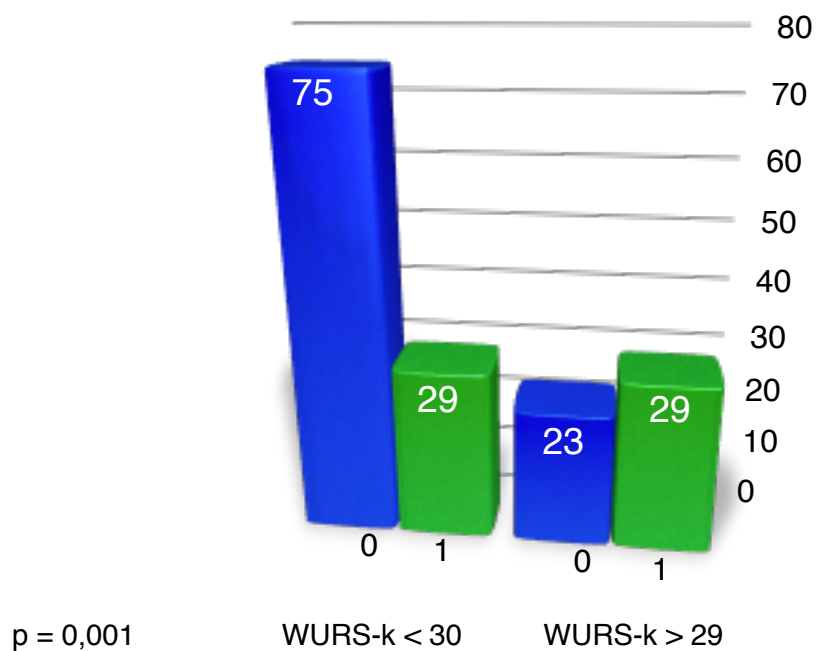


Abbildung 5: Persönlichkeitsstörungen in den beiden Untersuchungsgruppen

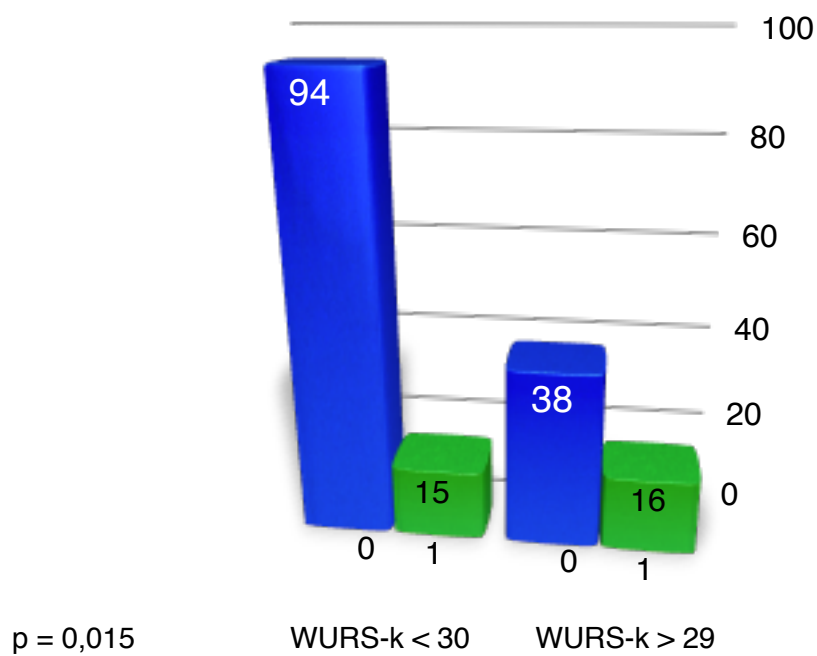


Abbildung 6: Unterdurchschnittlicher IQ in den beiden Untersuchungsgruppen

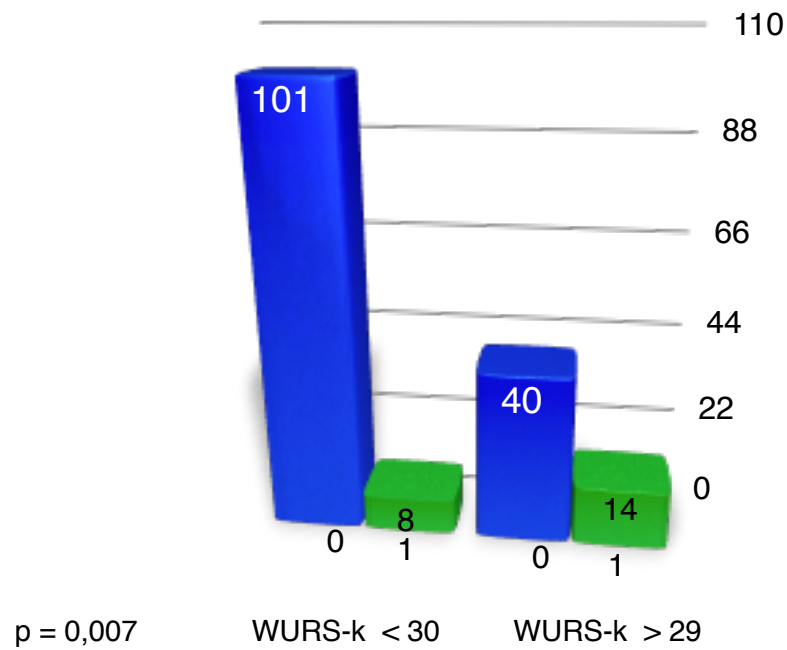


Abbildung 7: Vorstrafen in den beiden Untersuchungsgruppen

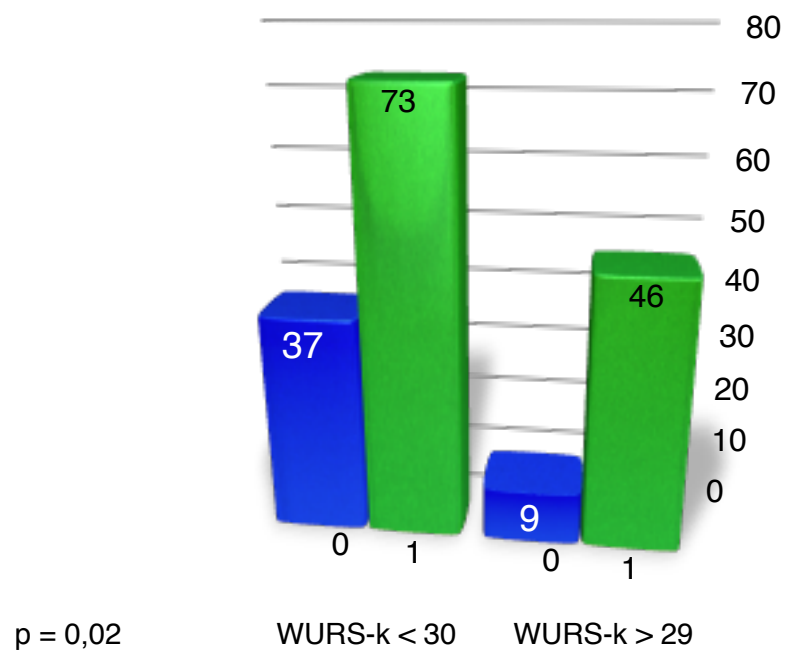
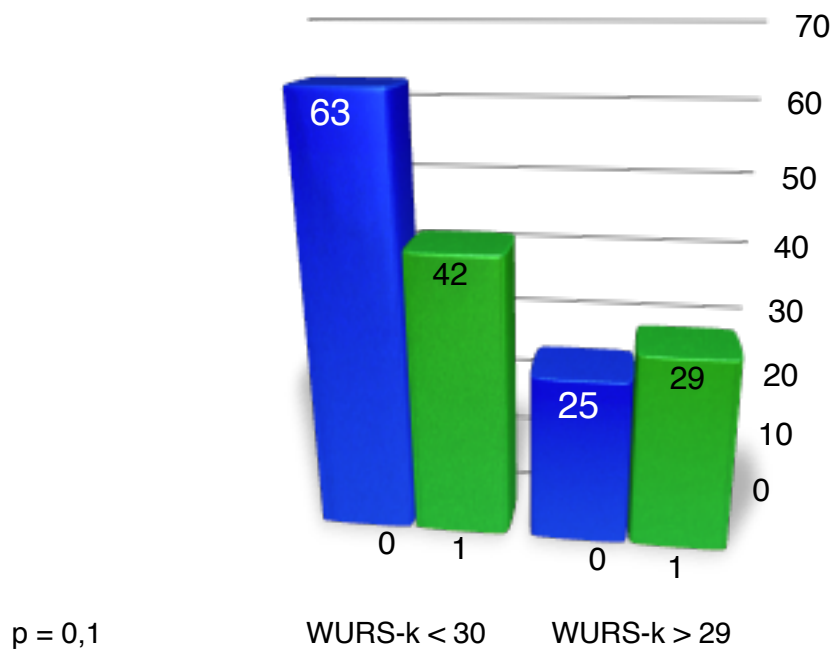




Abbildung 8: Vorstrafen wegen Gewaltdelinquenz in den beiden Untersuchungsgruppen



Bei allen anderen Symptomen, die in der FORA aufgeführt sind, wurde keine nennenswerte Signifikanz errechnet.

#### 4.2 Aufteilung aller Probanden in drei Gruppen, bei denen zusätzlich die ADHS - Selbstbeurteilungsskala zum Einsatz kam

- 1) WURS-k < 30 und ADHS- SB negativ = X
- 2) WURS-k > 29 und ADHS- SB negativ = Y
- 3) WURS-k > 29 und ADHS- SB positiv = Z

Abbildung 9: komplexer Tatablauf in den Untersuchungsgruppen

Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs.Y  $p = 0,526$  ; Y vs. Z  $p = 0,296$  ; X vs. Z  $p = 0,089$

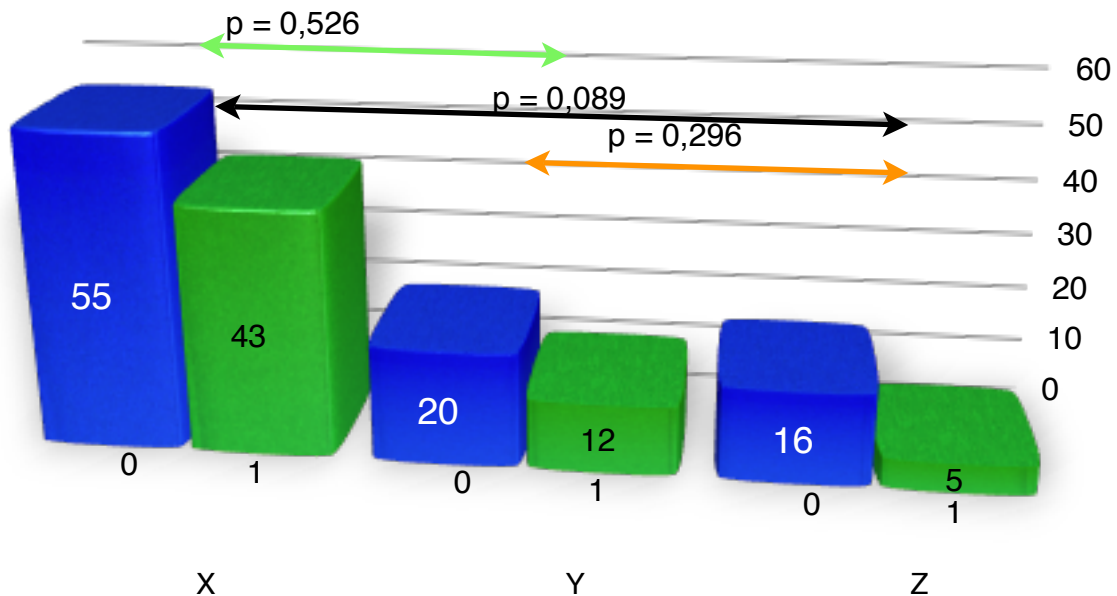
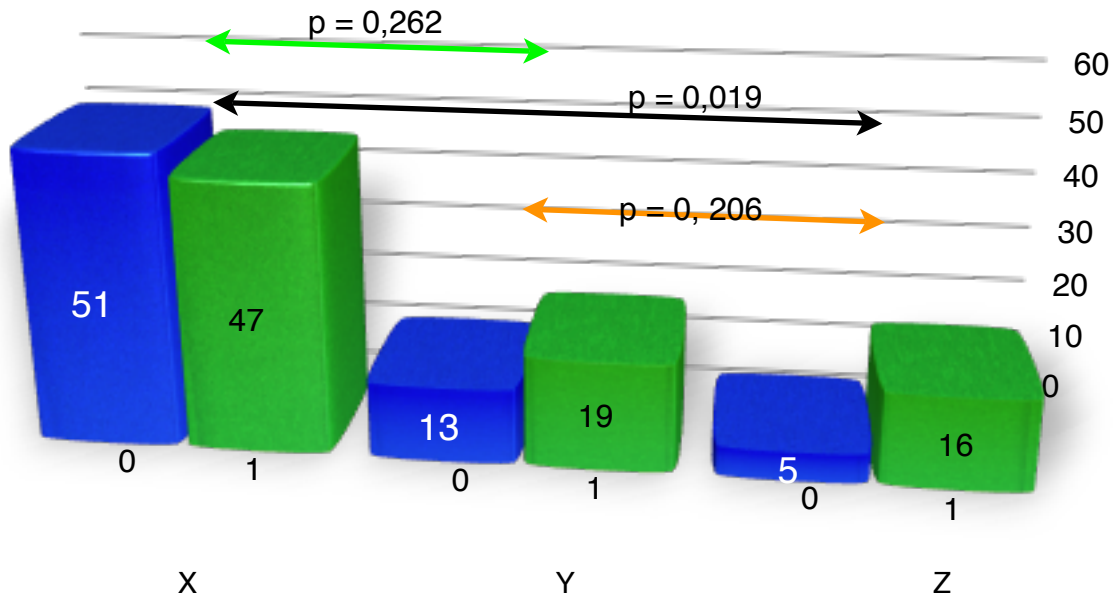
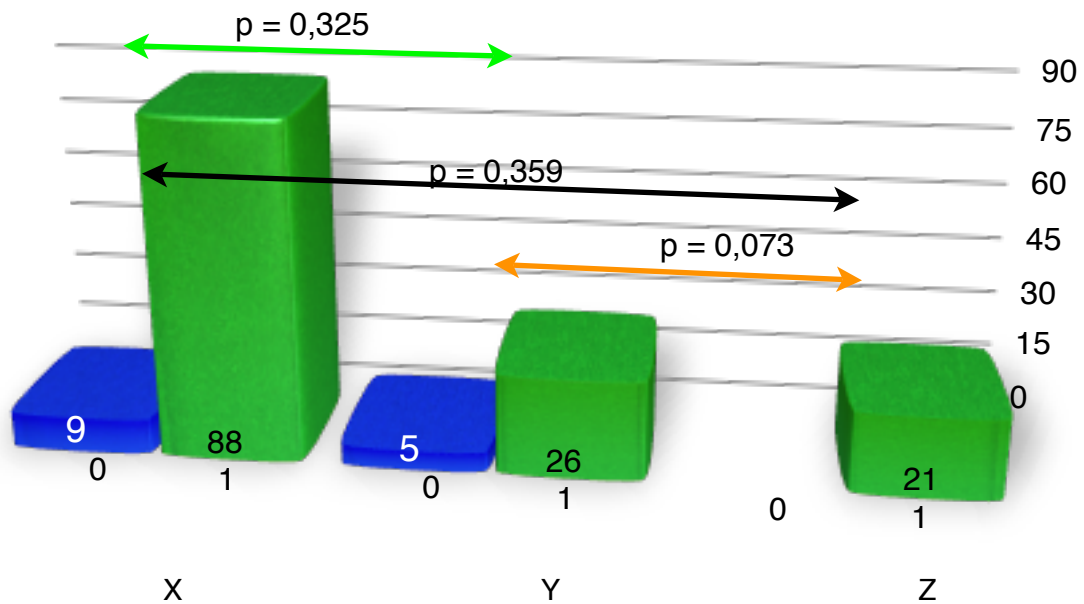


Abbildung 10: Augenblicksbezogene Tat in den Untersuchungsgruppen X, Y und Z



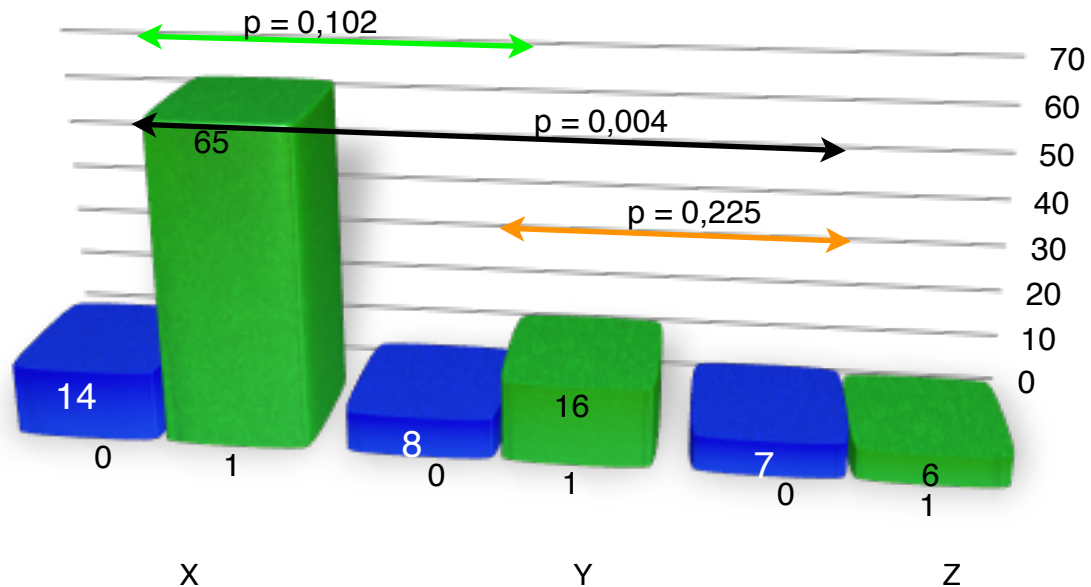
Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test: X vs. Y  $p = 0,262$  ; Y vs. Z  $p = 0,206$  ; X vs. Z  $p = 0,019$

Abbildung 11: Missverhältnis zwischen Tatanstoß und Reaktion in den Gruppen X, Y und Z



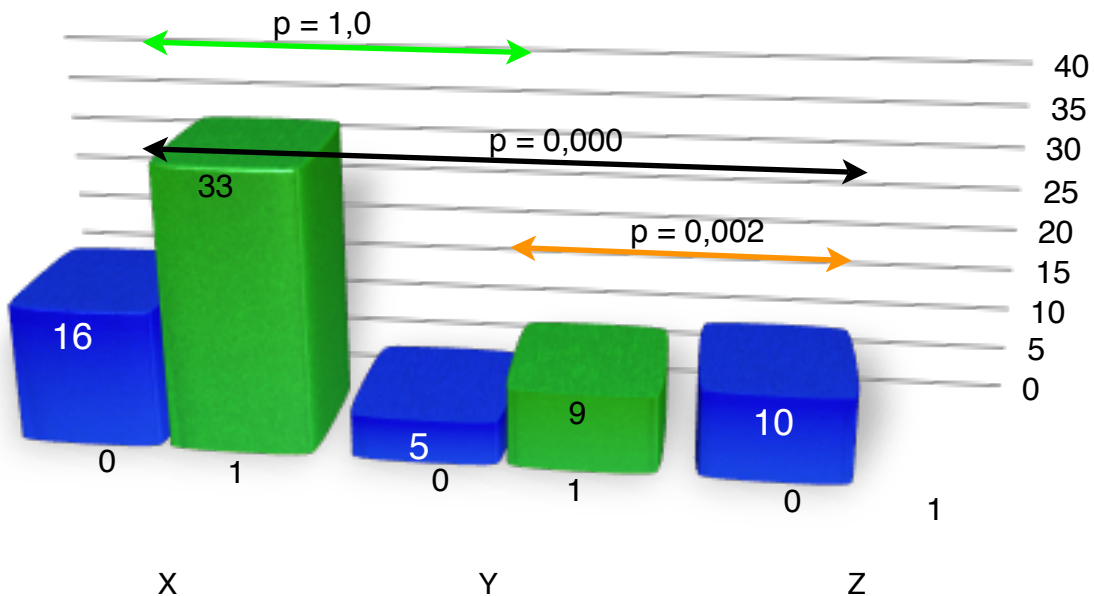
Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs. Y  $p = 0,287$  ; Y vs. Z  $p = 0,053$  ; X vs. Z  $p = 0,146$   
 exakte Signifikanz nach Fischer : X vs. Y  $p = 0,325$  ; Y vs. Z  $p = 0,073$  ; X vs. Z  $p = 0,359$

Abbildung 12: Alkoholtoleranz in den Untersuchungsgruppen X, Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test: X vs. Y  $p = 0,102$  ; Y vs. Z  $p = 0,225$  ; X vs. Z  $p = 0,004$

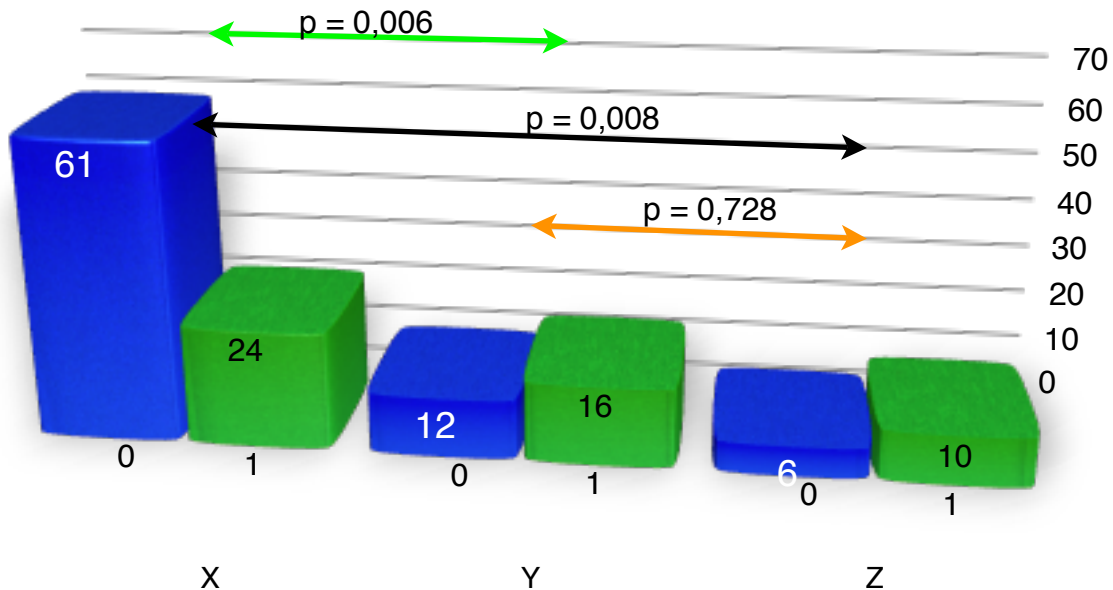
Abbildung 13: Führerscheinentzug in den Untersuchungsgruppen X, Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs. Y  $p = 0,830$  ; Y vs. Z  $p = 0,001$  ; X vs. Z  $p = 0,000$

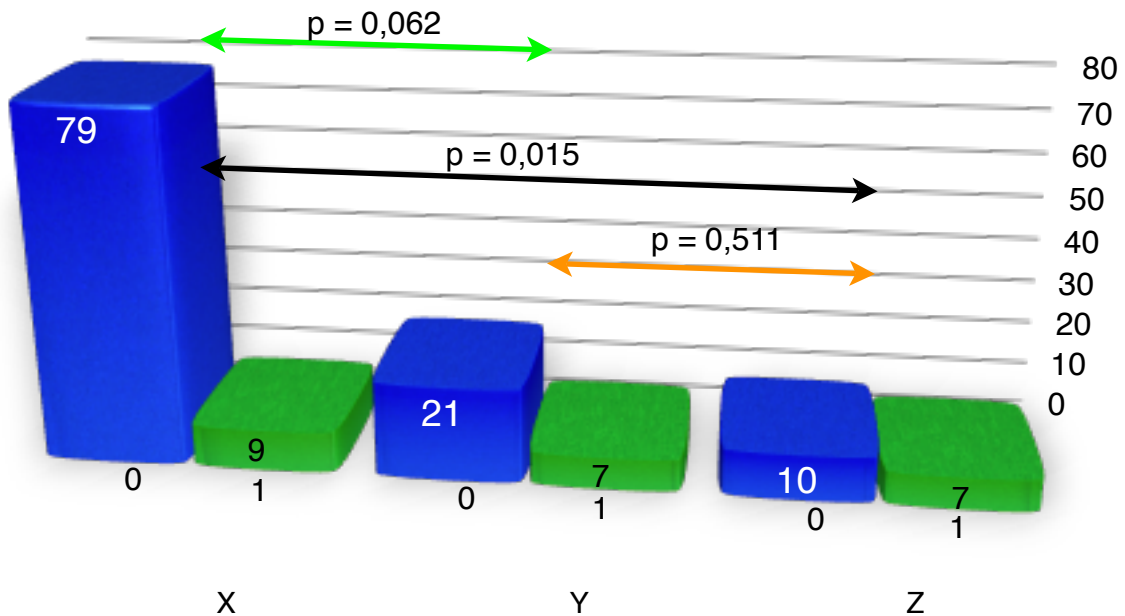
exakte Signifikanz nach Fischer : X vs. Y  $p = 1,000$  ; Y vs. Z  $p = 0,002$  ; X vs. Z  $p = 0,000$

Abbildung 14: Mehrfachsubstanzgebrauch in den Untersuchungsgruppen X, Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs. Y  $p = 0,006$  ; Y vs. Z  $p = 0,728$  ; X vs. Z  $p = 0,008$

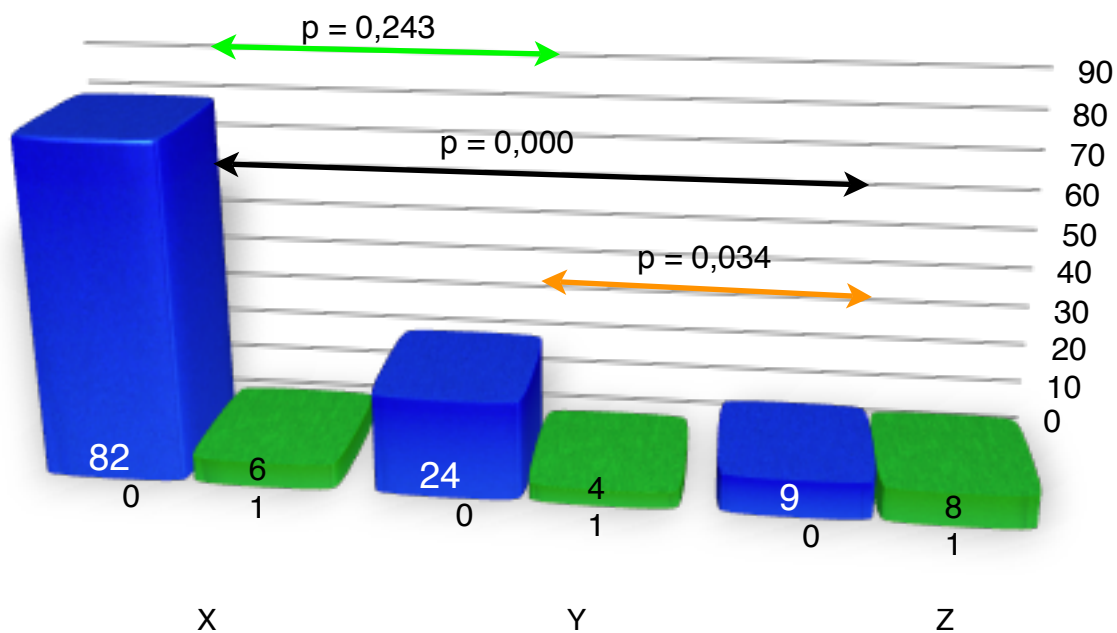
Abbildung 15: Persönlichkeitsstörungen in den Untersuchungsgruppen X, Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs. Y  $p = 0,048$  ; Y vs. Z  $p = 0,460$  ; X vs. Z  $p = 0,007$

exakter Test nach Fischer : X vs. Y  $p = 0,062$  ; Y vs. Z  $p = 0,511$  ; X vs. Z  $p = 0,015$

Abbildung 16 : Unterdurchschnittlicher IQ in den Untersuchungsgruppen X,Y und Z



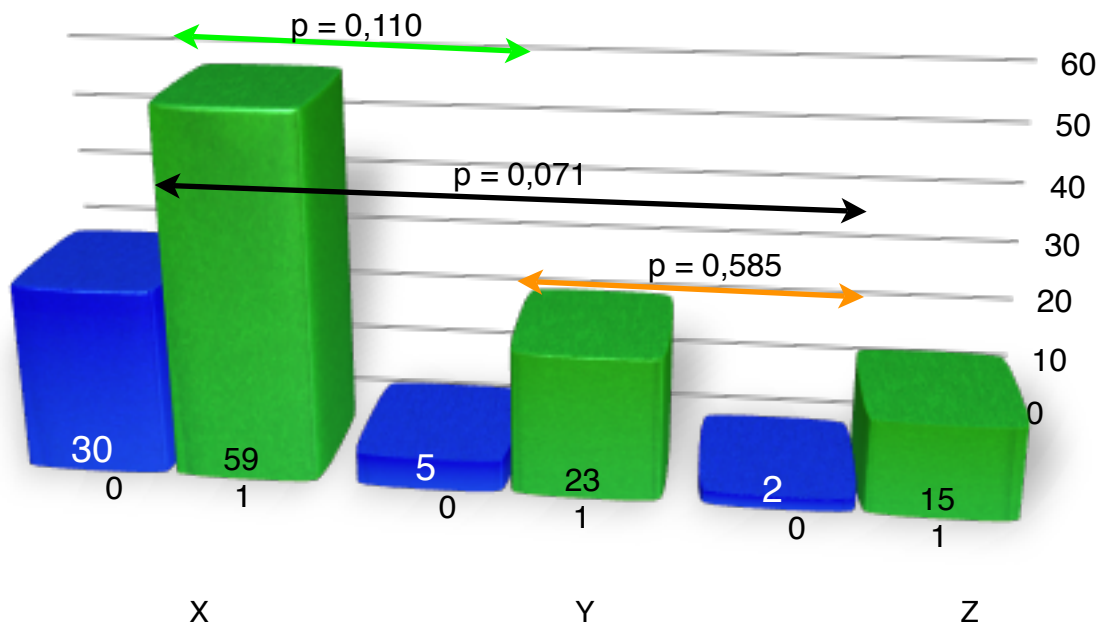
Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs. Y  $p = 0,2$  ; Y vs. Z  $p = 0,016$  ; X vs. Z  $p = 0,000$

Da zwei Zellen eine erwartete Häufigkeit kleiner fünf haben, wurde hier zusätzlich ein exakter

Test nach Fischer durchgeführt mit folgenden exakten Signifikanzen :

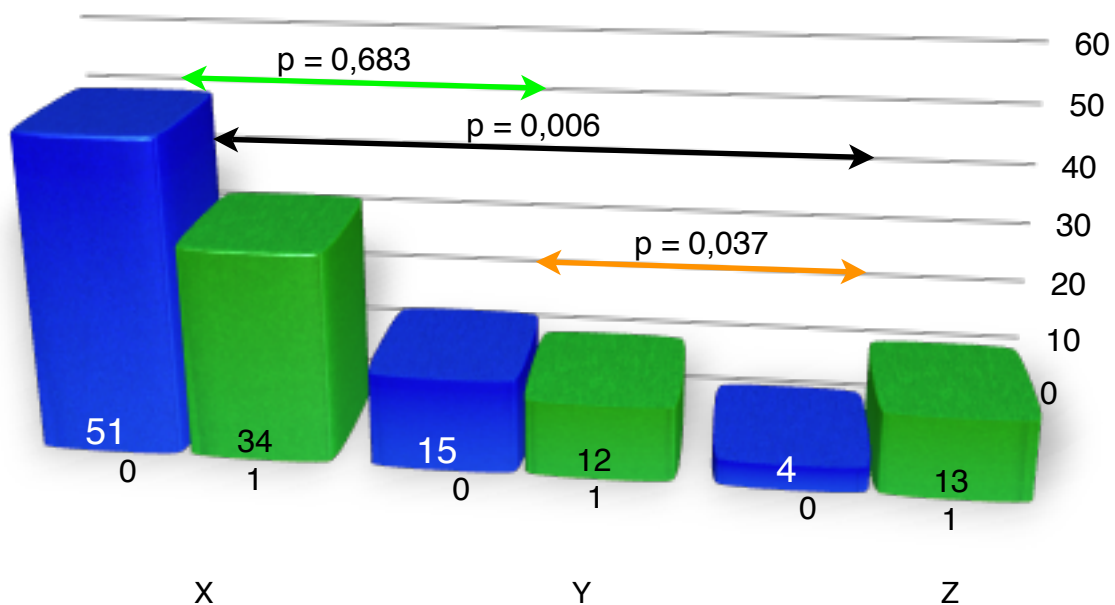
X vs. Y  $p = 0,243$  ; Y vs. Z  $p = 0,034$  ; X vs. Z  $p = 0,000$  ;

Abbildung 17: Vorstrafen in den Untersuchungsgruppen X,Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs.Y  $p = 0,110$  ; Y vs.Z  $p = 0,585$  ; X vs. Z  $p = 0,071$

Abbildung 18: Vorstrafen wegen Gewaltdelinquenz in den Untersuchungsgruppen X,Y und Z



Signifikanzniveau des Chi-Quadrat Test : X vs.Y  $p = 0,683$  ; Y vs. Z  $p = 0,037$  ; X vs. Z  $p = 0,006$

Bei allen anderen Symptomen, die in der FORA aufgeführt sind, wurde keine nennenswerte Signifikanz errechnet.



## 5. Diskussion

Mit einer weltweiten Prävalenz von 5,29% ist die ADHS die häufigste psychiatrische Erkrankung im Kindesalter. Aufgrund einer Persistenz in das Erwachsenenalter in mindestens 50 % der Fälle, spielt diese Erkrankung auch noch im Erwachsenenalter eine große Rolle. Derzeit wird bei Erwachsenen von einer Prävalenz von 3,5% ausgegangen ( de Graaf et al. 2007 ). Follow-up-Studien haben ergeben, dass Erwachsene, bei denen in der Kindheit ADHS diagnostiziert worden ist, häufiger mit dem Gesetz in Konflikt geraten, als die Vergleichsgruppen ( Barkley et al. 2004, Pascual-Castroviejo I 2002, Rasmussen und Gilberg 2000, Forehand et al. 1991 ). ADHS wird mit einem frühen Einstieg in kriminelles Verhalten assoziiert und als prädisponierender Faktor für chronische Delinquenz angesehen ( Vermeiren et al. 2003 ). In diesem Zusammenhang konnte auch von einer höheren Prävalenz der ADHS bei jungen, erwachsenen Strafgefangenen, im Vergleich zur nicht delinquenten Kontrollgruppe, berichtet werden ( Rösler et al. 2004 ). Zu vergleichbaren Ergebnissen kam eine koreanische Studie unter 98 erwachsenen Inhaftierten, verglichen mit 84 Kontrollpersonen, mit einer Prävalenz von 42,4 % , in der Vergleichsgruppe mit 11,9 %. In der vorliegenden Arbeit sollten Unterschiede hinsichtlich der in der "Forensisch-psychiatrischen Ratingskala zur Erfassung der akuten Alkoholintoxikation" aufgeführten Symptome zwischen erwachsenen Straftätern unter Alkoholintoxikation mit ADHS in der Kindheit, mit ADHS im Erwachsenenalter und ohne ADHS eruiert werden. Damit die Diagnose einer kindlichen ADHS nachträglich beim Erwachsenen gestellt werden konnte, kam bei der Begutachtung des Straftäters vom jeweiligen Gutachter die Wender-Utah-Rating-Scale ( WURS ) nach Ward et al. 1993 bzw. die deutsche Kurzform WURS-k nach Retz-Junginger et al. 2002, für die Diagnose einer adulten ADHS die ADHS Selbstbeurteilungsskala ( ADHS-SB ) nach Rösler et al. 2004 zur Anwendung.

Hinsichtlich der Taten konnten signifikant gehäuft "augenblicksbezogene Taten" bei alkoholintoxikierten Straftätern mit WURS-k > 29 im Vergleich zu denen mit WURS-k < 30, sowie gehäuft bei Straftätern mit adulter ADHS im Vergleich zu denen ohne ADHS nachgewiesen werden. Straftaten der Probanden mit WURS-k > 29 waren zu über 66 % augenblicksbezogene Taten, davon waren 60% mit Körperverletzungen,

15 % Diebstähle und 10 % Beleidigung vergesellschaftet.

“Komplexe Tatabläufe in verschiedenen Etappen mit Adaptionseleistungen“ konnten tendenziell bei Straftätern ohne ADHS im Vergleich zu denen mit adulter ADHS häufiger gefunden werden. Diese Ergebnisse können mit den Charakteristika “Affektkontrolle“ und “emotionale Überreagibilität“ der Wender-Utah-Kriterien einer ADHS im Erwachsenenalter erklärt werden. In diesem Zusammenhang meint “Affektkontrolle“ andauernde Reizbarkeit und verminderte Frustrationstoleranz mit Neigung zur kurzen Wutausbrüchen, “emotionale Überreagibilität“ überschießende Reaktion auf alltägliche Stressoren und das Gefühl, schnell belastigt zu sein. Das bei ADHS Patienten beschriebene impulsive Verhalten, also Handlungen aus dem Impuls oder Augenblick heraus zu begehen, ohne an Konsequenzen zu denken, zusammen mit der mangelnden Affektkontrolle und der emotionalen Überreagibilität könnten Ursache der gehäuften augenblicksbezogenen Straftaten bei Probanden besonders mit persistierender ADHS sein. In Übereinstimmung mit diesen Ergebnissen wurde bereits von einer höheren Frequenz gewalttätiger Auseinandersetzungen, ungebührlichem Benehmen und Diebstählen im Zusammenhang mit ADHS berichtet ( Barkley et al. 2004 ). Komplexe Taten, deren Ausübung ein geordnetes, planvolleres und weniger von Emotionen und Affekten begleitendes Vorgehen verlangt, wurden tendenziell eher von Straftätern ohne ADHS begangen.

Ein tendenziell häufigeres Missverhältnis zwischen Tatanstoß und Reaktion bei alkoholisierten Straftätern mit ADHS im Erwachsenenalter im Vergleich zu denjenigen, die ADHS nur in der Kindheit hatten, könnte daraufhin deuten, dass bestimmte Straftaten überzogene Reaktionen auf eher geringe Anlässe und somit Zeichen einer geringeren Frustrationstoleranz sind.

Vorstrafen wurden signifikant häufiger bei Probanden mit WURS-k > 29 im Vergleich zu WURS-k < 30 gefunden, beim Vergleich der Probanden ohne ADHS und Probanden mit adulter ADHS fand man Vorstrafen tendenziell häufiger bei Probanden mit adulter ADHS.

Vorstrafen wegen vorangegangener Gewaltdelikte konnten signifikant häufiger bei Straftätern mit adulter ADHS im Vergleich zu solchen mit ADHS ausschließlich im Kindesalter und zu solchen ohne ADHS nachgewiesen werden.

Keinen Unterschied ergab der Vergleich zwischen Probanden ohne ADHS und Probanden, bei denen ADHS auf die Kindheit beschränkt war, sowie der Vergleich zwischen den Gruppe WURS-k  $> 29$  und  $< 30$ . Demnach sind Vorstrafen bei Straftätern mit ADHS häufiger zu finden, explizit Vorstrafen wegen Gewaltdelinquenz vorrangig bei Straftätern mit persistierender ADHS.

Dies ist gut mit einer Studie in Einklang zu bringen, nach der Probanden mit ADHS signifikant häufiger verhaftet, verurteilt und eingesperrt werden (Mannuzza et al. 2008 ). Mit Ausnahme der Alkoholtoleranz konnten keine Unterschiede bezüglich weiterer Symptome, die auf einer Alkoholabhängigkeit nach ICD-10 hinweisen, zwischen den einzelnen Untersuchungsgruppen, nachgewiesen werden, obwohl ADHS, insbesondere bei Persistenz, zur Entstehung einer Alkoholabhängigkeit führen kann ( Johann et al. 2004 ) und eine häufige psychiatrische Komorbidität darstellt ( Ohlmeier et al. 2008, Rasmussen und Gilberg 2000 ).

Eine Alkoholtoleranz fand sich signifikant häufiger bei alkoholintoxikierten Straftätern mit WURS-k  $< 30$  im Vergleich zur Gruppe mit einem Gesamtscore  $> 29$  und häufiger bei Straftätern ohne ADHS in Kindheit und Erwachsenenalter im Vergleich zu denen, mit persistierender ADHS. Straftaten werden demnach von den Probanden mit ADHS begangen, bei denen eine Alkoholgewöhnung nicht oder noch nicht eingetreten ist, insbesondere bei Persistenz der ADHS. In diesem Zusammenhang konnte eine in Schweden durchgeführte Studie nicht nur eine hohe Prävalenz der ADHS bei Gefängnisinsassen , sondern auch anormale Reaktionen auf Alkoholkonsum, wie von den Insassen mit ADHS berichtet wurde, aufzeigen ( Dalteg et al. 1998, 1999 ). Demnach könnte beispielsweise eine geringere Menge Alkohol bei Menschen mit ADHS zu vergleichsweise stärkeren psychopathologischen Veränderungen führen.

Ein Vergleich zwischen 105 Probanden mit ADHS im Alter 17-28 und 64 erwachsenen Probanden ohne ADHS zeigte, dass solche mit ADHS häufiger durch Geschwindigkeitsüberschreitungen, Verkehrsunfälle und Führerscheinentzug auffielen. Auch konnte eine schlechtere Aufmerksamkeit und eine langsamere Reaktionszeit festgestellt werden. Die Kontrollgruppe bot sicherere Fahrgewohnheiten dar. Ferner konnte gezeigt werden, dass dies nichts mit Störungen des Sozialverhaltens ( mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten ), Depression, Angststörungen oder der Häufigkeit von Alkohol-

oder Drogenkonsum zu tun hat ( Barkley et al. 2002 ). In einer späteren Studie, in der 50 Erwachsene mit ADHS 40 Kontrollpersonen gegenübergestellt wurden, konnte nachgewiesen werden, dass im Fahrsimulator durch Alkohol zumindest Aufmerksamkeit und Verhalten bei der ADHS Gruppe stärker beeinflusst wird ( Barkley et al. 2006 ). In dieser Arbeit war ein alkoholbedingter Führerscheinentzug signifikant häufiger bei Probanden mit WURS-k < 30 im Vergleich zu Probanden mit WURS-k > 29 festgestellt worden, bei Probanden mit ausschließlich kindlicher ADHS signifikant häufiger als bei Probanden mit adulter ADHS und bei Probanden ohne ADHS signifikant häufiger als bei solchen mit adulter ADHS. Kein Unterschied ergab sich zwischen ausschließlich kindlicher ADHS und keiner ADHS. Daraus könnte gefolgert werden, dass ein Führerscheinentzug bei Menschen mit ADHS nur dann überrepräsentiert ist, wenn er nicht alkoholbedingt ist.

Substanzmittelgebrauch ist im Zusammenhang mit ADHS eine häufige Komorbidität ( Carroll et al. 1993, Retz et al. 2007, Ohlmeier et al. 2008, Gross et al. 1999 ). In einer Studie, in der 172 erwachsene Probanden mit ADHS mit 30 Probanden ohne ADHS verglichen wurden, zeigte sich u.a. eine signifikant höhere Prävalenz von Substanzmissbrauch bei Erwachsenen mit ADHS ( Murphy et al. 1996 ). Zu einem vergleichbaren Ergebnis kam Biederman et al. 1995 in einer Studie, bei der 52% der 120 erwachsenen Probanden mit ADHS ein Drogenabusus aufwiesen, in der 268-köpfigen Kontrollgruppe nur 27%. ADHS Probanden haben häufiger Erfahrung mit Drogen jeglicher Art, insbesondere Tabak und Marihuana ( Faraone et al. 2007 ). Unter 1761 Erwachsenen mit der Diagnose Kokain und/oder Opioidabhängigkeit betrug die Prävalenz von ADHS 5,22 % im Vergleich zu 0,85 % in der Kontrollgruppe. Bei diesen Probanden mit ADHS erfolgte zudem der erste Substanzgebrauch früher, mehr Substanzabhängigkeiten und psychiatrische Diagnosen wurden gestellt und es kam zu häufigeren Krankenhausaufenthalten ( Arias et al. 2007 ). Eine Abhängigkeit insbesondere von psychoaktiven Substanzen als Komorbidität einer ADHS geht mit einem längeren Verlauf und einer geringeren Remissionsrate einher ( Wilens et al. 1998 ). In Übereinstimmung dazu, wiesen in der vorliegenden Arbeit signifikant mehr Probanden mit WURS-k > 29 einen Mehrfachsubstanzgebrauch auf, als in der Vergleichsgruppe. Unter allen Probanden, die zusätzlich auf adulte ADHS untersucht wurden, war ein Mehrfachsubstanzgebrauch

sowohl bei Probanden mit ausschließlich kindlicher ADHS und als auch bei Probanden mit adulter ADHS signifikant häufiger im Vergleich zu denen, ohne ADHS gefunden werden. Keinen signifikanten Unterschied ergab der Vergleich zwischen adulter und ausschließlich kindlicher ADHS. Ein Mehrfachsubstanzgebrauch ist demnach auch unter Straftätern, die die Tat unter Alkoholintoxikation begangen haben, überrepräsentiert. Eine Persistenz der ADHS in das Erwachsenenalter hinein, scheint jedoch für die Entstehung eines Mehrfachsubstanzgebrauch keine größere Rolle zu spielen.

Störungen des Sozialverhaltens und Störungen des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sind häufig diagnostizierte Komorbiditäten der ADHS ( Biederman et al. 1996 ,1991). Störungen des Sozialverhaltens ( mit oppositionellem,aufsässigem Verhalten ) werden als Vorläufer für eine später auftretende dissoziale Persönlichkeitsstörung oder von anhaltendem kriminellen Verhalten im Erwachsenenalter angesehen ( Rösler und Retz 2008 ). Sowohl Störungen des Sozialverhaltens als auch dissoziale Persönlichkeitsstörungen sind mit späterer Delinquenz assoziiert ( Satterfield et al. 2007 , Mannuzza et al. 2008 ). Unter den Persönlichkeitsstörungen fanden sich in dieser Arbeit 25,8 % emotional-instabile, 41,9 % dissoziale und jeweils 9,7 % Störungen des Sozialverhaltens und narzisstische Persönlichkeitsstörungen. In der Gruppe der alkoholintoxikierten Straftäter mit WURS-k > 29 fandet sich eine signifikant höhere Rate an Persönlichkeitsstörungen als in der Gruppe mit WURS-k < 30. Dies deckt sich mit oben beschriebenen vorangegangenen Studien. Straftäter mit ADHS beschränkt auf die Kindheit haben tendenziell, Straftäter mit adulter ADHS signifikant häufiger Persönlichkeitsstörungen.

Keine nennenswerte Signifikanz ergab der Vergleich der Probanden mit adulter und ausschließlich kindlicher ADHS. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass Persönlichkeitsstörungen bei Straftätern sowohl mit ADHS in der Kindheit, als auch ADHS in der Kindheit und Erwachsenenalter, zwar häufiger sind im Vergleich zu denen, ohne ADHS, jedoch ein Persistieren der ADHS bis in das Erwachsenenalter hinein, zumindest bei Straftätern vergleichsweise wenig oder gar nicht zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung beiträgt.

Kinder mit ADHS haben häufiger Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten, müssen häufiger Klassen wiederholen und schneiden in Intelligenztests schlechter ab,

wobei dies nicht auf Komorbiditäten, wie Störungen des Sozialverhaltens, Angststörungen oder Depression zurückzuführen sei, da Kinder ohne diese Komorbiditäten noch schlechter bei Intelligenztests abschneiden und häufiger die Schule vorzeitig abbrechen ( Faraone et al. 1993 ). Insbesondere Lese- und Rechtschreibschwäche, Dysgraphie und Dyskalkulie sind überrepräsentiert. Leseunlust und ein langsames Lesetempo können das Bild einer kindlicher Entwicklungsstörungen im Erwachsenenalter prägen ( Wender 1995 ). Einer Metaanalyse zu Folge, konnte bei Erwachsenen mit ADHS ein geringerer IQ nachgewiesen werden, vor allem wenn zusätzliche komorbide Störungen vorlagen ( Bridgett et al. 2006 ). Straffällige Erwachsenen, insbesondere diejenigen mit ADHS zeigten in einer koreanischen Studie geringere Intelligenzquotienten als die nicht straffällige Kontrollgruppe. Dies passt gut zu den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit, in der ein unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient signifikant häufiger in der Gruppe der Straftäter mit WURS-k > 29 gefunden werden konnte, als in der Gruppe mit WURS-k < 30. Betrachtet man die Straftäter, bei denen zusätzlich ein ADHS-SB durchgeführt worden ist, konnte ein unterdurchschnittlicher Intelligenzquotient signifikant häufiger bei adulter ADHS im Vergleich zu kindlicher ADHS und hoch signifikant häufiger bei adulter ADHS als bei Probanden ohne ADHS nachgewiesen werden. Dies bedeutet, dass eine Intelligenzminderung bei alkoholintoxikierten Straftätern mit ADHS generell häufiger ist, als bei denjenigen ohne, insbesondere wenn sie bis in das Erwachsenenalter persistiert hat.

Sollte sich in weiteren Studien bestätigen, dass alkoholintoxikierte Straftäter mit ADHS weniger komplexe Taten, sondern häufiger augenblicksbezogene Taten begehen und hierbei häufiger ein Missverhältnis zwischen Tatanstoß und Reaktion besteht, könnte dies zukünftig bei der forensisch psychiatrischen Begutachtung relevant sein.

## 6. Literaturverzeichnis

- 1 ) Adam C, Döpfner M, Lehmkuhl G ( 1999 ) Drug therapy of hyperkinetic diseases in adults.  
Fortschr Neurol Psychiatr 67: 359-366
- 2 ) Alexander GE, DeLong MR, Strick PL ( 1986 ) Parallel organisation of functionally segregated circuits linking basal ganglia and cortex. Annu Rev Neurosci 9: 357-381
- 3 ) Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, Kanzler HR ( 2008 )  
Correlates of co-occurring attention deficit hyperactivity disorder in drug-dependent subjects:  
Prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders.  
Addict Behav 33: 1199-1207
- 4 ) Babinski LM, Hartsough CS, Lambert NM ( 1999 ) Childhood conduct problems, hyperactivity, and  
inattention as predictors of adult criminal activity. J Child Psychol Psychiatry 40: 347-355
- 5 ) Barkley RA, Murphy KR, O`Connell T, Anderson D, Connor DF ( 2006 ) Effects of two doses of alcohol  
on simulator driving performance in adults with attention deficit hyperactivity disorder.  
Neuropsychology 20: 77-87
- 6 ) Barkley RA, Fischer M, Smalish L, Fletscher K ( 2004 ) Young adults follow-up of hyperactive children:  
antisocial activities and drug use. J Child Psychol Psychiatry 45: 195-211
- 7 ) Barkley RA ( 2004 ) Driving impairments in teens and adults with attention deficit hyperactivity disorder  
Psychiatr Clin North Am 27: 233-260
- 8 ) Barkley RA ( 2002 ) Major life activity and health outcomes associated with attention deficit  
hyperactivity disorder. J Clin Psychiatry 63 Suppl 12: 10-15
- 9 ) Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GI, Bush T ( 2002 ) Driving in young adults with attention deficit  
hyperactivity disorder: knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive  
functions. J Int Neuropsychol Soc 8: 655-672
- 10 ) Barkley RA ( eds ) ( 1998 ) Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and  
treatment. 2nd ed. The Guilford Press, New York
- 11 ) Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L ( 1990 ) The adolescent outcome of hyperactive  
children diagnosed by research criteria: An 8 year prospective follow-up study.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 29: 546-557
- 12 ) Berquin PC, Giedd JN, Jacobson LK, Hamburger SD, Krain AL, Rapoport JL, Castellanos FX ( 1998 )  
Cerebellum in attention deficit hyperactivity disorder: A morphometric MRI study.  
Neurology 50: 1087-1093
- 13 ) Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spender T, Wilens TE, Silva JM, Snyder LE, Faraone SV  
( 2006 ) Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year  
follow-up study. Psychol Med 36: 167-179

- 14 ) Biederman J, Faraone SV ( 2005 ) Attention deficit hyperactivity disorder.  
Lancet 366: 237-248
- 15 ) Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Guite J, Mick E, Chen L, Mennin D, Marrs A, Ouellette C, Moore P, Spender T, Norman D, Wilens T, Kraus I, Perrin J ( 1996 )  
A prospective four-year follow-up study of attention deficit hyperactivity disorder and related disorders. Arch Gen Psychiatry 53: 437-446
- 16 ) Biederman J, Faraone SV, Milberger S, Jetton JG, Chen L, Mick E, Greene RW, Russell RL ( 1996 )  
Is childhood oppositional defiant disorder a precursor to adolescent conduct disorder?  
Findings from a four-year follow-up study of children with attention deficit hyperactivity disorder.  
J Am Acad Adolesc Psychiatry 35: 1193-1204
- 17 ) Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon S, Warburton R, Reed E  
( 1995 ) Family-environment risk factors for attention deficit hyperactivity disorder:  
a test of Rutter's indicators of adversity.  
Arch Gen Psychiatry 52: 464-470
- 18 ) Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Ablon JS, Warburton R, Reed E,  
Davis SG ( 1995 ) Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention deficit  
hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 34: 1495-1503
- 19 ) Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spender TJ, Faraone SV ( 1995 )  
Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder:  
effects of ADHD and psychiatric comorbidities. Am J Psychiatry 152: 1652-1658
- 20 ) Biederman J, Newcorn J, Sprich S ( 1991 ) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with  
conduct, depressive, anxiety, and other disorders. AM J Psychiatry 148: 564-577
- 21 ) Bridgett DJ, Walker ME ( 2006 ) Intellectual functioning in adults with attention deficit hyperactivity  
disorder: a meta-analytic examination of full scale IQ differences between adults with and without  
ADHS. Psychol Assess 18: 1-14
- 22 ) Bush G, Valera EM, Seidman LJ ( 2005 ) Functional neuroimaging of attention deficit hyperactivity  
disorder: a review and suggested future directions. Biol Psychiatry 57: 1273-1284
- 23 ) Carroll KM, Rounsaville BJ ( 1993 ) History and significance of childhood attention deficit disorder in  
treatment-seeking cocaine abusers. Comp Psychiatry 34: 75-82
- 24 ) Castellanos FX, Lee PP, Sharp W, Jeffries NO, Greenstein DK, Clasen LS, Blumenthal JD, James  
RS, Ebens CL, Walter JM, Zijdenbos A, Evans AC, Giedd JN, Rapoport JL ( 2002 )  
Development trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention  
deficit hyperactivity disorder. JAMA 288: 1740-1748
- 25 ) Chae PK, Jung HO, Noh KS ( 2001 ) Attention deficit hyperactivity disorder in Korean juvenile  
delinquents. Adolescence 36: 707-725
- 26 ) Curatolo P, Paloscia C, D'Agati E, Moavero R, Pasini A ( 2009 ) The neurobiology of ADHD.  
Eur J Paediatr Neurolog 13: 299-304



- 27 ) Dalteg A, Lindgren M, Levander S ( 1999 ) Retrospectively rated ADHD is linked to specific personality characteristics and deviant alcohol reactions. *J Forensic Psychiatr* 3: 623-634
- 28 ) Dalteg A, Gustafsson P, Levander S ( 1998 ) Hyperactivity syndrome is common among prisoners. Attention deficit hyperactivity disorder not only a pediatric diagnosis. *Lakartidningen* 95: 3078-3080
- 29 ) DeRidder T, Bruffearts R, Danckaerts M, Bonnewyn A, Demyttenaere K ( 2008 )  
The prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in the Belgian general adult population: an epidemiological study. *Tijdschr Psychiatr* 50: 499-508
- 30 ) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder ( DSM-IV-TR ) ( 2000 ), American Psychiatric Association
- 31 ) Faraone SV, Wilens TE, Petty C, Antshel K, Spender T, Biederman J ( 2007 )  
Substance use among attention deficit hyperactivity disorder adults: implications of late onset and subthreshold diagnoses. *Am J Addict* 16 Suppl 1: 24-32
- 32 ) Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, Sklar P ( 2005 )  
Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* 57: 1313-1323
- 33 ) Faraone SV, Biederman J, Lehman BK, Spender T, Norman D, Seidman LJ, Kraus I, Perrin J, Chen WJ, Tsuang MT ( 1993 ) Intellectual performance and school failure in children with attention deficit hyperactivity disorder and in their siblings. *J Abnorm Psychol* 102: 616-623
- 34 ) Forehand R, Wierson M, Frame C, Kempton T, Armistead L ( 1991 ) Juvenile delinquency entry and persistence: do attention problems contribute to conduct problems?  
*J Behav Ther Exp Psychiatry* 22: 261- 264
- 35 ) Graaf de R, Kessler RC, Fayyad J, Have ten M, Alonso J, Angermeyer M, Borges G, Demyttenaere K, Gasquet I, Girolamo de G, Haro JM, Jin R, Karam EG, Ormel J, Posada-Villa J ( 2008 )  
The prevalence and effects of adult attention-deficit / hyperactivity disorder ( ADHD ) on the performance of workers: result from the WHO World Mental Health Survey Initiative.  
*Occup Environ Med* 65: 835-842
- 36 ) Hansen C, Weiss D, Last CG ( 1998 ) ADHD boys in young adulthood: psychosocial adjustment.  
*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 165-171
- 37 ) Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ ( 1995 ) Development change in attention deficit hyperactivity disorder in boys: a 4-year longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol* 23: 729-749
- 38 ) Harty SC, Miller CJ, Newcorn JH, Halperin JM ( 2009 ) Adolescents with childhood and comorbid disruptive behavior disorders: aggression, anger and hostility. *Child Psychiatry Hum Dev* 40: 85-97
- 39 ) ICD-10 [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)
- 40 ) Johann M, Bobbe G, Laufkötter R, Lange K, Wodarz N ( 2004 ) Attention deficit hyperactivity disorder and alcohol dependence: a risk constellation. *Psychiatr Prax* 31 Suppl 1: 102-104

- 41 ) Klein RG, Mannuzza S ( 1991) Longterm outcome of hyperactive children: a review.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 30: 383-387
- 42 ) Krause J, Krause KH ( 2005 ) ADHS im Erwachsenenalter. Schattauer, Stuttgart
- 43 ) Mannuzza S, Klein RG, Moulton 3rd ( 2008 ) Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective follow- study into adulthood using official arrest records.  
Psychiatry Res 160: 237-246
- 44 ) Mannuzza S, Klein RG, Abikoff H, Moulton JL 3rd ( 2004 ) Significance of childhood conduct problems to later development of conduct disorder among children with attention deficit hyperactivity disorder: a prospective follow-up study. J Abnorm Child Psychol 3: 365-373
- 45 ) Mannuzza S, Klein RG ( 2000 ) Long-term prognosis in attention deficit hyperactivity disorder.  
Child Adolesc Psychiatry Clin N Am 9: 711-726
- 46 ) Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, LaPadula M ( 1998 )  
Adult psychiatric status of hyperkinetic boys grown up. Am J Psychiatry 155: 493-498
- 47 ) Mick E, Biederman J, Prince J, Fischer MJ, Faraone SV ( 2002 ) Impact of low birth weight on attention deficit hyperactivity disorder. J Dev Behav Pediatr 23: 16-22
- 48 ) Mick E, Biederman J, Faraone SV, Sayer J, Kleinman S ( 2002 ) Case control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use and drug use during pregnancy.  
J am Acad Child Adolesc Psychiatry 41: 378-385
- 49 ) Milberger S, Biederman J, Faraone SV, Chen L, Jones J ( 1996 )  
Is maternal smoking during pregnancy a risk factor for attention deficit hyperactivity disorder in children? Am J Psychiatry 153: 1138-1142
- 50 ) Moffitt TE ( 1990 ) Juvenile delinquency of attention disorder hsyperactivity disorder:  
boys` development trajectories from age 3 to 15. Child Dev 61: 893-910
- 51 ) Murphy K, Barkley RA ( 1996 ) Attention deficit hyperactivity disorder adults: comorbidities and adaptive impairments. Compr Psychiatry 37: 393-401
- 52 ) Odgie MN, Macphie IL, Minassian SL, Minassian SL, Yang M, Fisher SE, Francks C, Cantor RM, McCracken JT, McGough JJ, Nelson SF, Monaco AP, Smalley SL ( 2003 )  
A genomwide scan for attention deficit hyperactivity disorder in an extended sample:  
suggestive linkage on 17p11. Am J Hum Genet 72: 1268-1279
- 53 ) Ohlmeier MD, Peters K, Te Wildt BT, Zedler M, Ziegenbein M, Wiese B, Emrich HM, Schneider U ( 2008 ) Comorbidity of alcohol and substance dependence with attention-deficit/ hyperactivity disorder ( ADHD ). Alcohol Alcohol 43: 300-304
- 54 ) Pascual - Casrtoviejo I ( 2002 ) Comorbid disorders of the attention deficit hyperactivity disorder.  
Rev Neurol 35: 11-17
- 55 ) Pliszka SR ( 2000 ) ADHD in adults: A Commentary. Am Fam Physician 62: 1983-198

- 56 ) Pliszka SR ( 2000 ) Patterns of psychiatric comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 9: 525-540
- 57 ) Pliszka SR ( 1998 ) Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorders: an overview. J Clin Psychiatry 59: 50-58
- 58 ) Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA ( 2007 ) The worldwide prevalence of attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry 164: 942-948
- 59 ) Rasmussen P, Gillberg ( 2000 ) Natural outcome of attention deficit hyperactivity disorder with development coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal, community-based study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 39: 1424-1431
- 60 ) Retz-Junginger P, Sobanski E, Alm B, Retz W, Rösler M ( 2008 ) Age and gender aspects of attention deficit hyperactivity disorder. Nervenarzt 79: 809- 819
- 61 ) Retz-Junginger P, Retz W, Blocher D, Weijers HG, Trott GE, Wender PH, Rösler M ( 2002 ) Wender Utah Rating Scale: The short version for the assessment of the attention deficit hyperactivity disorder in adults. Nervenarzt 73: 830-838
- 62 ) Retz-Junginger P, Retz W, Blocher, Stieglitz RD, Georg T, Supprian T, Wender PH, Rösler M ( 2003 ) Reliability and validity of the Wender Utah Rating Scale short form. Retrospective assessment of symptoms for attention deficit hyperactivity disorder. Nervenarzt 74: 987-993
- 63 ) Rösler M und Retz W ( 2008 ) ADHS, Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Delinquenz. Welche Zusammenhänge sind erkennbar? “ Z. Psychiatr., Psychol. Psychotherap. 56: 121- 132
- 64 ) Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Henges G, Schneider M, Supprian T, Schwitzgebel P, Pinhard K, Dovi-Akue N, Wender PH, Thome J ( 2004 ) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder ( ADHD ) and comorbid disorders in young male prison inmates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254: 365-371
- 65 ) Rösler M, Retz W, Retz-Junginger P, Thome J, Supprian T, Nissen T, Stieglitz RD, Blocher D, Henges G, Trott GE ( 2004 ) Tools for the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Self-rating behavior questionnaire and diagnostic checklist. Nervenarzt 75: 888-895
- 66 ) Rösler M, Blocher D ( 1998 ) Die neue Rechtsprechung zur Rauschtat und zur Schuldfähigkeit aus der Sicht des psychiatrischen Sachverständigen Verteidigung in Verkehrsstrafsachen. Schriftenreihe der AG Verkehrsrecht im deutschen Anwaltsverein 24: 47-61
- 67 ) Rösler M und Blocher D ( 1996 ) Die Begutachtung alkoholisierter Straftäter aus der Sicht der forensischen Psychiatrie. Blutalkohol 33: 329-338
- 68 ) Rutter M, Cox A, Tupling C, Berger M, Yule W ( 1975 ) Attainment and adjustment in two geographical areas: Vol.1 The prevalence of psychiatric disorders. Br J Psychiatry 126: 493-509

- 69 ) Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM, Schell AM, Swanson JM, Homer LD ( 2007 )  
A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46: 601-610
- 70 ) Satterfield JH, Hoppe Cm, Schell AM ( 1982 ) A prospective study of delinquency in 110 boys with  
attention deficit hyperactivity disorder and 88 normal adolescent boys. AM J Psychiatry 139: 795-798
- 71 ) Seidman LJ, Valera EM, Makris N ( 2005 ) Structural brain imaging of attention deficit hyperactivity  
disorder. Biol Psychiatry 57: 1263-1272
- 72 ) Sobanski E ( 2006 ) Psychiatric comorbidity in adults with attention deficit hyperactivity disorder.  
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 256 Suppl 1: i26-31
- 73 ) Sobanski E, Brüggemann D, Alm B, Kern S, Deschner M, Schubert T, Philipsen A, Rietschel M  
( 2007 ) Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults  
with attention deficit hyperactivity disorder. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257: 371-377
- 74 ) Sobanski E, Alm B ( 2004 ) Attention deficit hyperactivity disorder in adults, an overview.  
Nervenarzt 75: 697-715
- 75 ) Spencer TJ, Biederman J, Mick E ( 2007 ) Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan,  
comorbidities and neurobiology. J Pediatr Psychol 32: 631-642
- 76 ) Sprich-Buckminster S, Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Lehman BK ( 1993 )  
Are perinatal complications relevant to the manifest of ADD? Issues of comorbidity and familiarity.  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32: 1032-1037
- 77 ) Stein MA, Sandoval R, Szumowski E, Roizen N, Reinecke MA, Blondis TA, Klein Z ( 1995 )  
Psychometric characteristics of the Wender Utah Rating Scale:  
Reliability and factor structure for men and women. Psychopharmacol Bull 31: 425-433
- 78 ) Vermeiren R ( 2003 ) Psychopathology and delinquency in adolescents:  
a descriptive and development perspective. Clin Psychol Rev 23: 277-318
- 79 ) Ward MF, Wender PH, Reimherr FW ( 1993 ) The Wender Utah Rating Scale: An aid in the  
retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder.  
Am J Psychiatry 150: 885-890
- 80 ) Wolraich ML, Wibbelsman CJ, Brown TE, Evans SW, Gotlieb EM, Knight JR, Ross EC, Shubiner HH,  
Wender PH, Wilens T ( 2005 ) Attention deficit hyperactivity disorder among adolescents:  
a review of thje diagnosis, treatment, and clinical implications. Pediatrics 115: 1734-1346
- 81 ) Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J ( 2001 ) Adults with attention deficit hyperactivity disorder.  
An overview. Ann N Y Acad Sci 931: 1-16
- 82 ) Wender PH ( 1998 ) Attention deficit hyperactivity disorder in adults.  
Psychiatr Clin North Am 21: 761-774

- 83 ) Wender PH ( 1998 ) Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults.  
J Clin Psychiatry 59 Suppl 7: 76-79
- 84 ) Wender PH ( 1996 ) Attention deficit hyperactivity disorder in Adults. Psychiatric Times Vol.13 No. 7
- 85 ) Wender PH ( 1995 ) Attention deficit hyperactivity disorder in Adults. Oxford University Press, Oxford  
New York
- 86 ) Wilens TE, Biederman J, Mick E ( 1998 ) Does attention deficit hyperactivity disorder affect the  
course of substance abuse? Findings from a sample of adults with and without ADHD.  
Am J Addict 7: 156-163

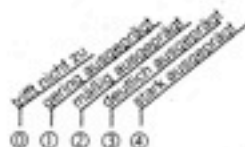
## 7. Anhang

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geboren am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich ☐  
 weiblich ☐  
 Datum: \_\_\_\_\_

### Wender-Utah-Rating-Scale (WURS-k)

Deutsche Bearbeitung von P. Retz-Junginger, G.-E. Trott, W. Retz & M. Rösler

Im folgenden finden Sie eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Eigenschaften und Schwierigkeiten. Bitte lesen Sie diese der Reihe nach durch und entscheiden Sie jeweils, ob und wie stark diese Verhaltensweise, diese Eigenschaft oder dieses Problem bei Ihnen als Kind im Alter von ca. 8 bis 10 Jahren ausgeprägt war. Dabei stehen Ihnen 5 verschiedene Antwortalternativen zur Verfügung.



Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus und wählen Sie im Zweifelsfall die Antwortmöglichkeit, die noch am ehesten für Sie zutrifft.

Zum Beispiel:

Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.

① ② ③ ☒ ④

In diesem Fall ist die 3 („in deutlicher Ausprägung“) angekreuzt. Das würde bedeuten, dass Sie als Kind im Alter von ca. 8-10 Jahren deutlich ausgeprägt Konzentrationsprobleme hatten.

	①	②	③	④
1. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Konzentrationsprobleme bzw. war leicht ablenkbar.	①	②	③	④
2. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich zappelig und nervös.	①	②	③	④
3. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich unaufmerksam und verträumt.	①	②	③	④
4. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich gut organisiert, sauber und ordentlich.	①	②	③	④
5. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Wutanfälle und Gefühlsausbrüche.	①	②	③	④
6. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Durchhaltevermögen, brach ich Tätigkeiten vor deren Beendigung ab.	①	②	③	④
7. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich traurig, unglücklich und depressiv.	①	②	③	④
8. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ungehorsam, rebellisch und aufsässig.	①	②	③	④
9. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich ein geringes Selbstwertgefühl bzw. eine niedrige Selbsteinschätzung.	①	②	③	④
10. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich leicht zu irritieren.	①	②	③	④
11. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich starke Stimmungsschwankungen und war launisch.	①	②	③	④
12. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich ein guter Schüler bzw. eine gute Schülerin.	①	②	③	④
13. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich oft ärgerlich oder verärgert.	①	②	③	④
14. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verfügte ich eine gute motorische Koordinationsfähigkeit und wurde immer zuerst als Mitspieler ausgesucht.	①	②	③	④
15. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich eine Tendenz zur Unreife.	①	②	③	④
16. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren verlor ich oft die Selbstkontrolle.	①	②	③	④
17. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich die Tendenz, unvernünftig zu sein oder unvernünftig zu handeln.	①	②	③	④
18. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Probleme mit anderen Kindern und keine langen Freundschaften.	①	②	③	④
19. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Angst, die Selbstbeherrschung zu verlieren.	①	②	③	④
20. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren bin ich von zuhause fortgelaufen.	①	②	③	④
21. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich in Raufereien verwickelt.	①	②	③	④
22. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Schwierigkeiten mit Autoritäten, z.B. Ärger in der Schule oder Vorladungen beim Direktor.	①	②	③	④
23. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Ärger mit der Polizei.	①	②	③	④
24. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren war ich insgesamt ein schlechter Schüler/eine schlechte Schülerin und lernte langsam.	①	②	③	④
25. Als Kind im Alter von 8-10 Jahren hatte ich Freunde und war beliebt.	①	②	③	④

Bitte Überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

**SKADAA**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geboren am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
 Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männlich / weiblich  
 Datum: \_\_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_\_

**ADHS-SB**

M. Rösler &amp; W. Retz

Nachfolgend finden Sie einige Fragen über Konzentrationsvermögen, Bewegungsbedürfnis und Nervosität. Gemeint ist damit Ihre Situation, wie sie sich gewöhnlich darstellt.

Wenn die Formulierungen auf Sie nicht zutreffen, kreuzen Sie bitte „nicht zutreffend“ an.

Wenn Sie der Meinung sind, dass die Aussagen richtig sind, geben Sie bitte an, welche Ausprägung – leicht – mittel – schwer – Ihre Situation am besten beschreibt.

⊗ = trifft nicht zu

① = leicht ausgeprägt (kommt selten vor)

② = mittel ausgeprägt (kommt oft vor)

③ = schwer ausgeprägt (kommt nahezu immer vor)

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Antwortalternative an. Lassen Sie bitte keinen Punkt aus.

Beispiel:

Ich bin unaufmerksam gegenüber Details oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit.

⊗ ① ② **③**

In diesem Fall ist die 3 („schwer ausgeprägt“) angekreuzt: Das würde bedeuten, dass Sie stark ausgeprägt und nahezu immer Aufmerksamkeitsprobleme haben.

---

nur vom Untersucher auszufüllen

Σ Item 1-9: \_\_\_\_\_

Σ Item 10-14: \_\_\_\_\_

Σ Item 15-18: \_\_\_\_\_

Σ Item 1-18: \_\_\_\_\_

Ergebnis der Computerauswertung:

DIAGNOSE: 314.00 ☐ 314.01 ☐

F90.0 ☐



	trifft nicht zu	leicht ausgeprägt	mittel ausgeprägt	schwer ausgeprägt
1. Ich bin unaufmerksam gegenüber Details oder mache Sorgfaltsfehler bei der Arbeit.	0	1	2	3
2. Bei der Arbeit oder sonstigen Aktivitäten (z.B. Lesen, Fernsehen, Spiel) fällt es mir schwer, konzentriert durchzuhalten.	0	1	2	3
3. Ich höre nicht richtig zu, wenn jemand etwas zu mir sagt.	0	1	2	3
4. Es fällt mir schwer, Aufgaben am Arbeitsplatz, so wie mir erklärt wurden, zu erfüllen.	0	1	2	3
5. Es fällt mir schwer Aufgaben, Vorhaben oder Aktivitäten zu organisieren.	0	1	2	3
6. Ich gehe Aufgaben, die geistige Anstrengung erforderlich machen, am liebsten aus dem Weg. Ich mag solche Arbeiten nicht oder streube mich innerlich dagegen.	0	1	2	3
7. Ich verlege wichtige Gegenstände (z.B. Schlüssel, Portemonnaie, Werkzeuge).	0	1	2	3
8. Ich lasse mich bei Tätigkeiten leicht ablenken.	0	1	2	3
9. Ich vergesse Verabredungen, Termine oder telefonische Rückrufe.	0	1	2	3
10. Ich bin zappelig.	0	1	2	3
11. Es fällt mir schwer, längere Zeit sitzen zu bleiben (z.B. im Kino, Theater).	0	1	2	3
12. Ich fühle mich unruhig.	0	1	2	3
13. Ich kann mich schlecht leise beschäftigen. Wenn ich etwas mache, geht es laut zu.	0	1	2	3
14. Ich bin ständig auf Achse und fühle mich wie von einem Motor angetrieben.	0	1	2	3
15. Mir fällt es schwer abzuwarten, bis andere ausgesprochen haben. Ich falle anderen ins Wort.	0	1	2	3
16. Ich bin ungeduldig und kann nicht warten, bis ich an der Reihe bin (z.B. beim Einkaufen).	0	1	2	3
17. Ich unterbreche und störe andere wenn sie etwas tun.	0	1	2	3
18. Ich rede viel, auch wenn mir keiner zuhören will.	0	1	2	3
19. Diese Schwierigkeiten hatte ich schon im Schulalter.	0	1	2	3
20. Diese Schwierigkeiten habe ich immer wieder, nicht nur bei der Arbeit, sondern auch in anderen Lebenssituationen, z.B. Familie, Freunde, Freizeit.	0	1	2	3
21. Ich leide unter diesen Schwierigkeiten.	0	1	2	3
22. Ich habe wegen dieser Schwierigkeiten schon Probleme im Beruf und auch im Kontakt mit anderen Menschen gehabt.	0	1	2	3

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Fragen beantwortet haben!

**Forensisch-psychiatrische Ratingskala zur Erfassung  
der akuten Alkoholintoxikation (FORA)  
Experimentalversion ohne Basisdokumentation**

Name: ..... GA Nr.: ..... Bearbeiter: .....

Anleitung: nein=0, ja=1, nicht beurteilbar=9

**1. Tat**

**a. Tatvorbereitung**

Ankündigen der Tat ..... 0 1 9  
Tatplanung ..... 0 1 9

**b. Tatumstände**

Tatdauer in Minuten .....  
komplexer Tatablauf in verschiedenen Etappen mit Adaptationsleistungen ..... 0 1 9  
abrupter, elementarer Tatablauf ..... 0 1 9  
Augenblicksbezogene Tat ..... 0 1 9  
Mißverhältnis zwischen Tatanstoß und Reaktion ..... 0 1 9  
Alleinige Täterschaft ..... 0 1 9

**c. Nachtatverhalten**

schwere Erschütterung / Ernüchterung ..... 0 1 9  
Flucht ..... 0 1 9

**Gesamtergebnis Teil 1**

0 .....  
1 .....  
9 .....

**2. Persönlichkeit des Täters**

**a. Alkoholvorgeschichte**

Abhängigkeitsdiagnose nach ICD 10 .....  
Craving-Symptomatik ..... 0 1 9  
Kontrollverlust ..... 0 1 9  
körperliches Entzugssyndrom ..... 0 1 9  
Alkoholtoleranz ..... 0 1 9  
Einengung auf Alkoholkonsum ..... 0 1 9  
körperliche Folgen ..... 0 1 9  
Mehrfachsubstanzgebrauch ..... 0 1 9  
Führerscheinentzug wegen Alkohol ..... 0 1 9

**b. Begleiterkrankungen -umstände**

Unabhängige seelische Krankheit .....  
Psychoseerkrankung ..... 0 1 9  
Affektive Erkrankung ..... 0 1 9  
Persönlichkeitsstörung ..... 0 1 9  
Intelligenzminderung ..... 0 1 9

2

sonstige.....001090  
 Organische Erkrankung.....001090

**weitere konstellative Faktoren**

Schlafdefizit / Müdigkeit .....001090  
 Konflikte mit Partner.....001090  
 sexuelle Erregung .....001090  
 andere Belastungsfaktoren .....001090

**c. Kriminelle Vorgeschichte**

Vorstrafen.....001090  
 unter Alkohol .....001090  
 Gewaltdelinquenz.....001090  
 Polytrope Delinquenz .....001090

**Gesamtergebnis Teil 2**

0 .....  
 1 .....  
 9 .....

**3. Intoxikationssymptome**

**a. Körperlich / neurologisch**

BAK .....‰  
 gemessen und rückgerechnet.....001090  
 aus Trinkmengenangaben geschätzt.....001090  
 Vegetative Symptome.....001090  
 Gesichtsröte/Konjunktivale Injektionen.....001090  
 Sprache, Artikulation gestört .....001090  
 Motorik.....001090

**b. psychiatrisch**

Bewußtseinsstörung  
 Quantitativ .....001090  
 Qualitativ  
 Bewußtseinsstörung.....001090  
 Bewußtseinseingengung .....001090  
 Orientierungsstörung  
 Zeitlich.....001090  
 Örtlich.....001090  
 Situation .....001090  
 zur Person.....001090  
 Auffassungsstörungen.....001090  
 Konzentrationsstörungen.....001090  
 Gedächtnisstörungen  
 Amnesie  
 partielle Amnesie .....001090  
 totale Amnesie .....001090

3

andere .....	0 1 9	..
<b>Antriebs Symptome</b>		
Antriebsarm .....	0 1 9	..
Mutistisch .....	0 1 9	..
Antriebsgesteigert .....	0 1 9	..
Motorisch unruhig .....	0 1 9	..
Logorrhöisch .....	0 1 9	..
Sozial umtriebig .....	0 1 9	..
<b>Denkstörungen</b>		
Verlangsamt .....	0 1 9	..
Umständlich .....	0 1 9	..
Eingeengt .....	0 1 9	..
Perseverierend .....	0 1 9	..
Inkohärent / Zerrfahren .....	0 1 9	..
Ideenflüchtig .....	0 1 9	..
<b>Psychosezeichen</b> .....	0 1 9	..
<b>Wahn</b> .....	0 1 9	..
<b>Sinnestäuschung</b> .....	0 1 9	..
<b>Affektsymptome</b>		
Ängstlich .....	0 1 9	..
Deprimiert .....	0 1 9	..
Suizidal .....	0 1 9	..
Euphorisch .....	0 1 9	..
Dysphorisch / Gereizt .....	0 1 9	..
Affektlabil .....	0 1 9	..
Parathym .....	0 1 9	..
Aggressiv .....	0 1 9	..
fehlende affektive Ansprechbarkeit .....	0 1 9	..

**Gesamtergebnis Teil 3**

0 .....  
 1 .....  
 9 .....

**Globale Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)**

.....

**Gesamtergebnis (1+2+3)**

0 .....  
 1 .....  
 9 .....

## 7.4 Liste der Straftaten

Gutachten 1: 1. Sachbeschädigung 2. Vergewaltigung 3. Widerstand

GA 2: Tötungsdelikt

GA 3: Körperverletzung

GA 4: Körperverletzung in Tateinheit mit versuchter Tötung

GA 5: Körperverletzung

GA 6: Sexuelle Nötigung von Minderjährigen

GA 7: Tötungsdelikt

GA 8: Körperverletzung

GA 9: Trunkenheitsfahrt

GA 10: Körperverletzung

GA 11: Körperverletzung

GA 12: 1. Diebstahl 2. Beleidigung

GA 13: erpresserischer Menschenraub und räuberische Erpressung

GA 14: Handel mit Betäubungsmittel

GA 15: schwerer Raub

GA 16: unerlaubtes Entfernen vom Unfallort und exhibitionistische Handlungen

GA 17: Raub

GA 18: Diebstahl

GA 19: versuchte Tötung

GA 20: Trunkenheitsfahrt

GA 21: Überfall

GA 22: Diebstahl

GA 23: Trunkenheitsfahrt und Waffenbesitz

GA 24: Drohung mit Waffen

GA 25: Körperverletzung

GA 26: Körperverletzung

GA 27: Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte

GA 28: Körperverletzung

GA 29: Körperverletzung

GA 30: Körperverletzung

GA 31: Körperverletzung in Tateinheit mit versuchtem Totschlag

GA 32: Sexueller Missbrauch Minderjähriger

GA 33: versuchter sexueller Missbrauch Minderjähriger

GA 34: Brandstiftung

GA 35: Diebstahl und Sachbeschädigung

GA 36: Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte

GA 37: 1. Diebstahl und Körperverletzung 2. Körperverletzung

GA 38: Raub

GA 39: Nötigung und Körperverletzung

GA 40: Körperverletzung und räuberische Erpressung

GA 41: Körperverletzung

GA 42: Raub

GA 43: 1. Körperverletzung und Gefährdung des Straßenverkehrs

- 2. Körperverletzung und Freiheitsberaubung
- GA 44: Sexueller Missbrauch Minderjähriger
- GA 45: Trunkenheitsfahrt
- GA 46: Trunkenheitsfahrt
- GA 47: 1. Körperverletzung 2. Körperverletzung
- GA 48: Diebstahl
- GA 49: 1. Sachbeschädigung und Diebstahl  
2. Sachbeschädigung und Diebstahl
- GA 50: Körperverletzung
- GA 51: 1. Körperverletzung  
2. Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte
- GA 52: Diebstahl
- GA 53: Diebstahl
- GA 54: 1. Brandstiftung und Diebstahl  
2. Sachbeschädigung
- GA 55: Sexuelle Nötigung
- GA 56: Körperverletzung
- GA 57: Brandstiftung
- GA 58: Räuberische Erpressung und Freiheitsberaubung
- GA 59: Körperverletzung
- GA 60: Sexuelle Nötigung, Vergewaltigung und Körperverletzung
- GA 61: Körperverletzung
- GA 62: Körperverletzung
- GA 63: 1. Sexuelle Nötigung und Missbrauch und Körperverletzung  
2. Körperverletzung
- GA 64: Totschlag
- GA 65: Sexuelle Nötigung und Missbrauch
- GA 66: Brandstiftung
- GA 67: Brandstiftung
- GA 68: Tötungsdelikt
- GA 69: Körperverletzung
- GA 70: Räuberische Erpressung
- GA 71: Körperverletzung in Tateinheit mit versuchtem Totschlag
- GA 72: 1. Trunkenheitsfahrt  
2. Trunkenheitsfahrt
- GA 73: Räuberische Erpressung und Körperverletzung
- GA 74: Tötungsdelikt
- GA 75: Tötungsdelikt
- GA 76: Trunkenheitsfahrt
- GA 77: Körperverletzung in Tateinheit mit versuchter Tötung
- GA 78: Tötung durch Unterlassung
- GA 79: Trunkenheitsfahrt
- GA 80: Körperverletzung mit Todesfolge
- GA 81: Trunkenheitsfahrt
- GA 82: 1. Körperverletzung 2. Körperverletzung
- GA 83: Raub

GA 84: Körperverletzung  
 GA 85: Versuchter Totschlag  
 GA 86: Sexuelle Nötigung und Missbrauch  
 GA 87: Körperverletzung  
 GA 88: 1. Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte  
       2. Körperverletzung  
       3. Hausfriedensbruch und Diebstahl  
 GA 89: Raub und Körperverletzung  
 GA 90: Zechprellerei  
 GA 91: Körperverletzung und räuberische Erpressung  
 GA 92: Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte  
 GA 93: Trunkenheitsfahrt  
 GA 94: Körperverletzung, Freiheitsberaubung und Vergewaltigung  
 GA 95: Körperverletzung  
 GA 96: Körperverletzung  
 GA 97: Brandstiftung, Diebstahl und Waffenbesitz  
 GA 98: Körperverletzung  
 GA 99: Anstiftung zum sexuellen Missbrauch  
 GA 100: Trunkenheitsfahrt und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte  
 GA 101: Tötungsdelikt  
 GA 102: Versuchter Totschlag  
 GA 103: Einfuhr und Handel mit Betäubungsmitteln in nicht geringer Menge  
 GA 104: Körperverletzung  
 GA 105: Körperverletzung  
 GA 106: Vergewaltigung Minderjähriger  
 GA 107: Körperverletzung  
 GA 108: Sexuelle Nötigung  
 GA 109: Körperverletzung  
 GA 110: Mordandrohung  
 GA 111: Körperverletzung  
 GA 112: Tötungsdelikt  
 GA 113: Sachbeschädigung und Beleidigung  
 GA 114: Räuberische Erpressung  
 GA 115: Mord  
 GA 116: Mord  
 GA 117: 1. Körperverletzung  
       2. Körperverletzung und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte  
 GA 118: Diebstahl und Körperverletzung  
 GA 119: Körperverletzung  
 GA 120: Versuchter Totschlag  
 GA 121: 1. Körperverletzung  
       2. Körperverletzung  
 GA 122: Körperverletzung  
 GA 123: Trunkenheitsfahrt  
 GA 124: 1. Versuchter Diebstahl   2. Körperverletzung  
 GA 125: Körperverletzung

- GA 126: 1. Körperverletzung 2. Versuchte Vergewaltigung
- GA 127: Räuberische Erpressung in Tateinheit mit Freiheitsberaubung
- GA 128: 1. Trunkenheitsfahrt  
2. Trunkenheitsfahrt
- GA 129: Beihilfe zum Mord und Freiheitsberaubung
- GA 130: Trunkenheitsfahrt und Fremdgefährdung
- GA 131: Körperverletzung mit Todesfolge
- GA 132: Körperverletzung
- GA 133: Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung
- GA 134: Sachbeschädigung
- GA 135: Räuberische Erpressung
- GA 136: Trunkenheitsfahrt
- GA 137: Körperverletzung und sexuelle Nötigung
- GA 138: 1. Körperverletzung  
2. Körperverletzung  
3. Körperverletzung
- GA 139: Fahrlässige Beeinträchtigung des Schienenverkehrs
- GA 140: Trunkenheitsfahrt
- GA 141: 1. Handel mit BTM 2. Trunkenheitsfahrt
- GA 142: 1. Körperverletzung 2. Körperverletzung
- GA 143: Trunkenheitsfahrt und Beleidigung
- GA 144: Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte
- GA 145: Körperverletzung
- GA 146: Brandstiftung
- GA 147: Tötungsdelikt
- GA 148: Trunkenheitsfahrt
- GA 149: Körperverletzung und sexuelle Nötigung
- GA 150: Körperverletzung
- GA 151: Sexuelle Nötigung, Körperverletzung und Freiheitsberaubung
- GA 152: 1. Drohung und Beleidigung  
2. Körperverletzung
- GA 153: Sachbeschädigung
- GA 154: Trunkenheitsfahrt
- GA 155: 1. Einbruch 2. Einbruch
- GA 156: 1. Körperverletzung und räuberische Erpressung  
2. Körperverletzung
- GA 157: Diebstahl
- GA 158: Betrug
- GA 159: Trunkenheitsfahrt und Körperverletzung
- GA 160: Bedrohung, Beleidigung und Diebstahl
- GA 161: Totschlag und versuchte Vergewaltigung
- GA 162: Einbruchdiebstähle
- GA 163: Totschlag
- GA 164: 1. Körperverletzung  
2. Räuberische Erpressung
- GA 165: Tötungsdelikt



GA 166: Tötungsdelikt  
GA 167: Tötungsdelikt  
GA 168: Tötungsdelikt

## **8. Danksagung**

Danken möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Michael Rösler für die Möglichkeit die Arbeit am Institut für Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie durchführen zu können und für seine Unterstützung während meiner Arbeit.

Herrn Prof. Dr. med Wolfgang Retz und Herrn Dr. med. Marc Schneider möchte ich für die wertvollen Tipps und Anregungen danken.

Herrn Dr. Hengesch danke ich für die Einführung in das Computerprogramm SPSS.

